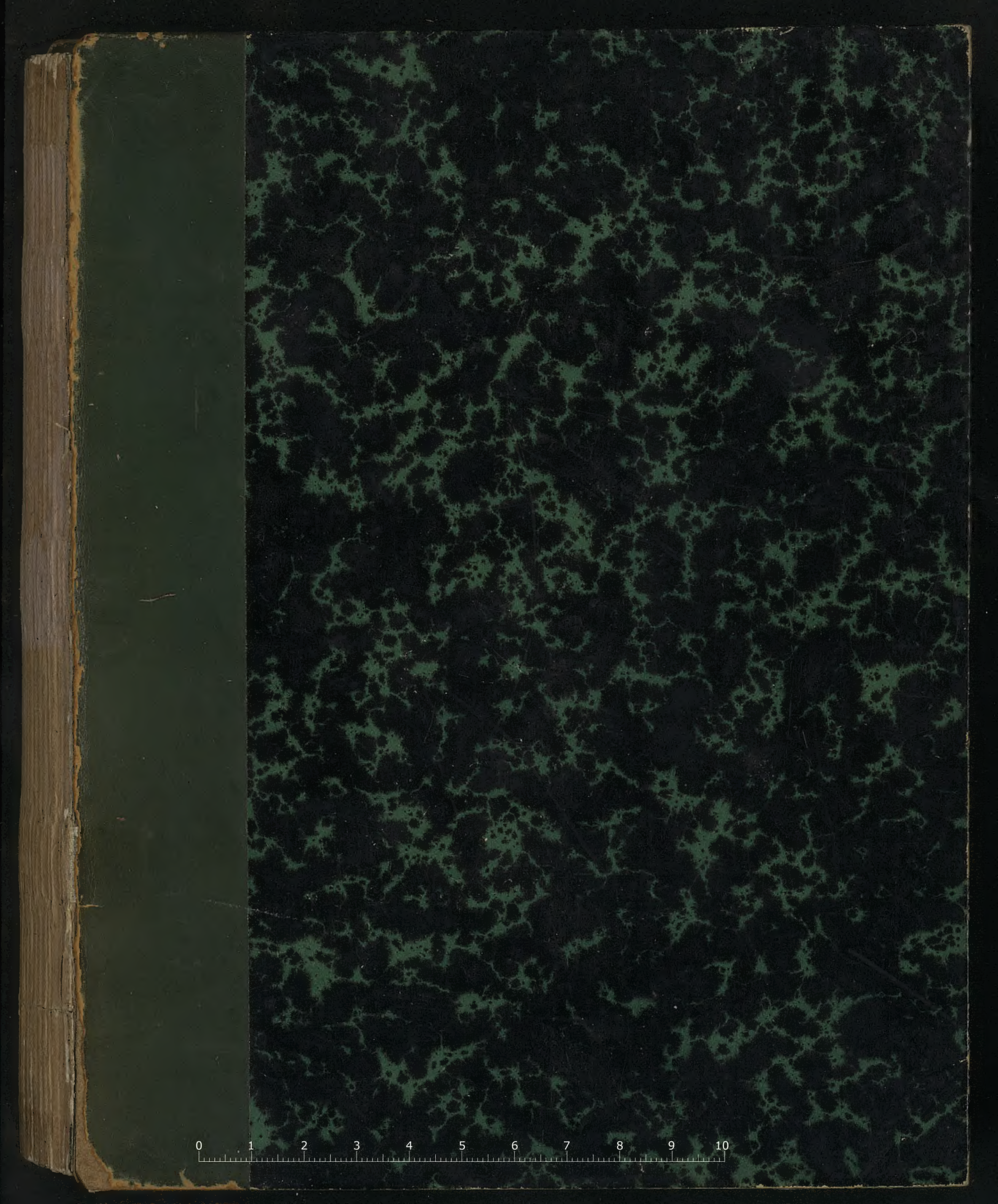
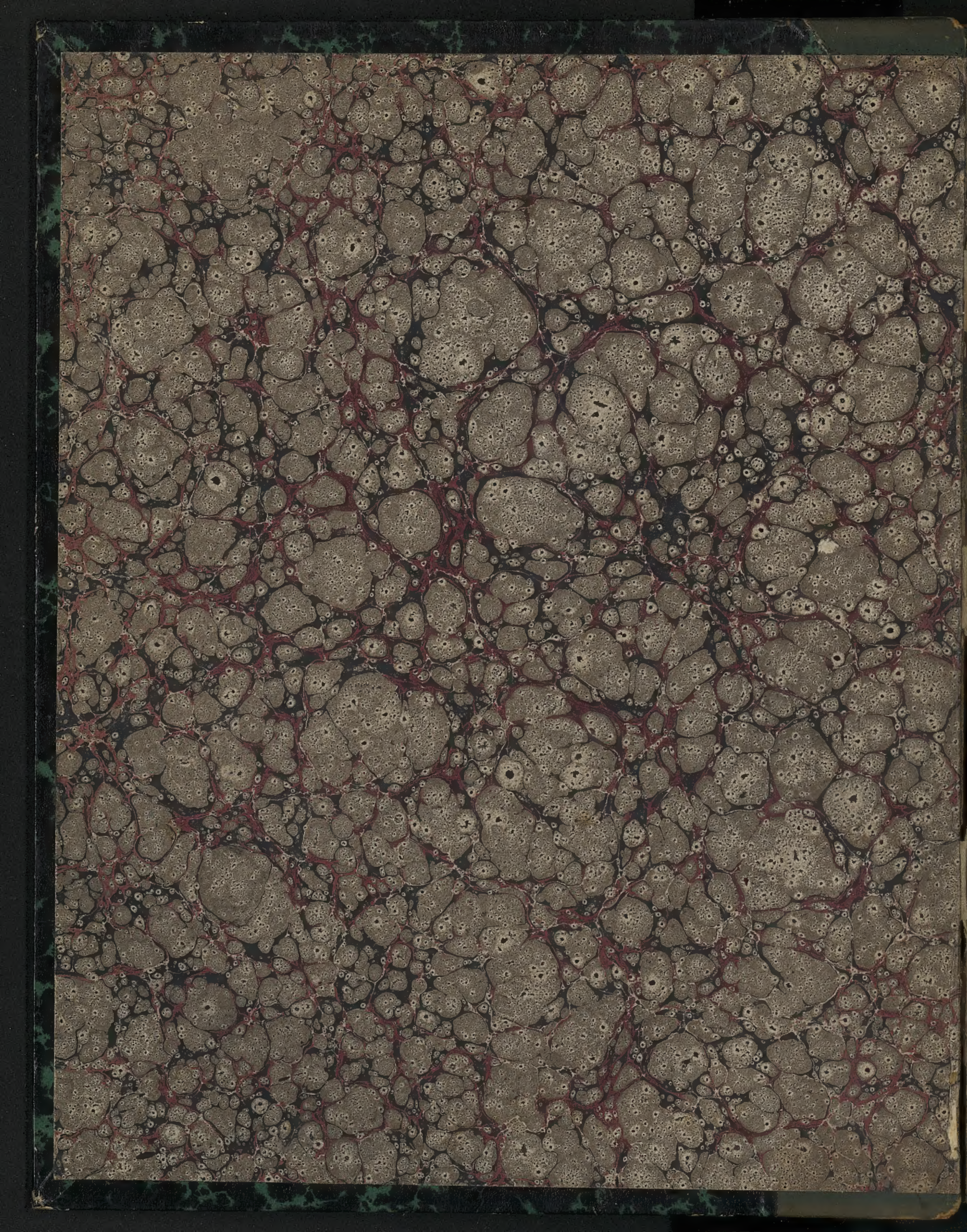
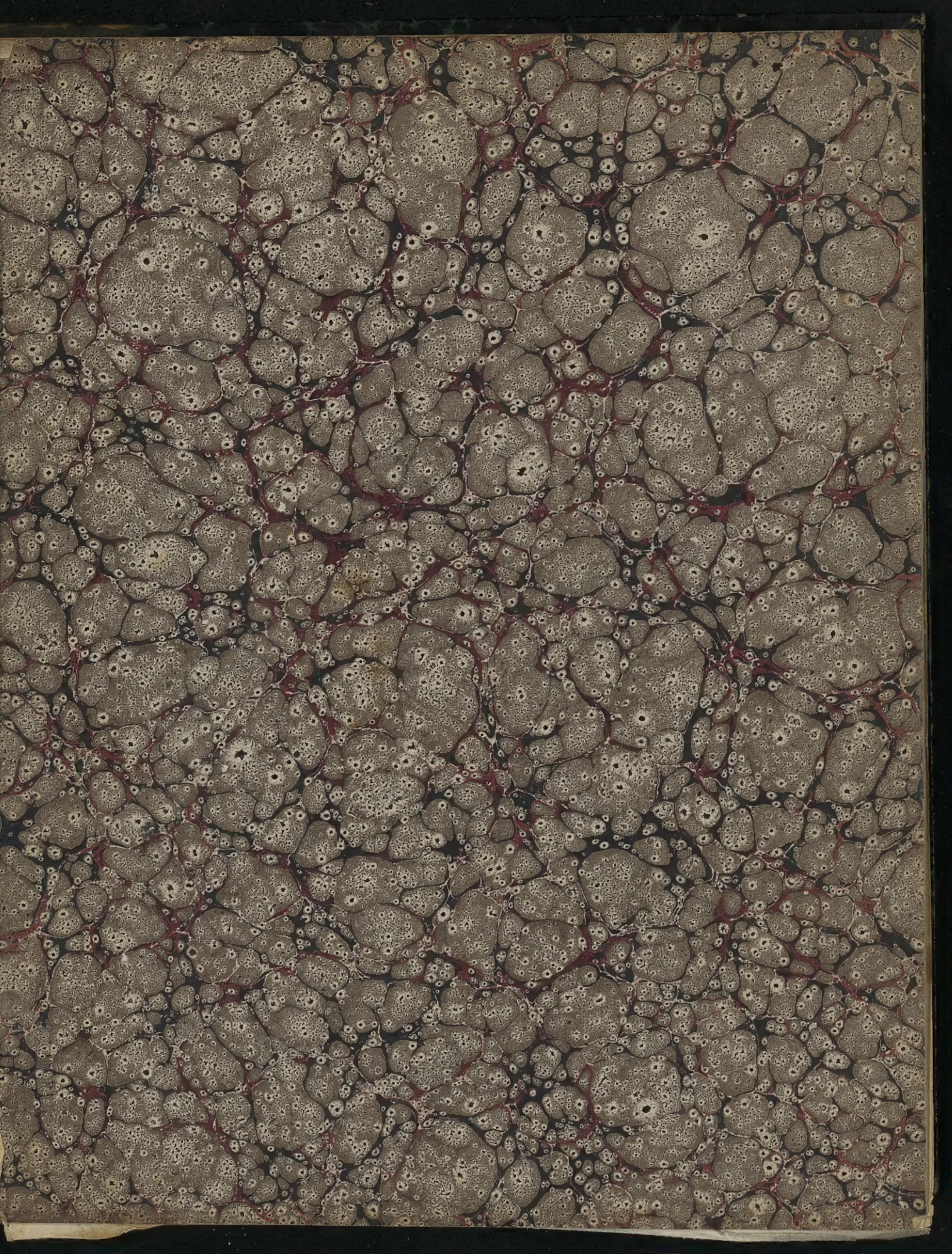






Leçons sur la Paralysie générale

1867 – 1876.

17e Leçon.

Samedi 1er Février 1868

Messieurs,

Je vais vous parler aujourd'hui de la paralysie générale des aliénés. Cette maladie qui pendant longtemps a été inconnue, qui plus tard a été confondue avec les autres formes et les autres variétés de maladies mentales, n'a commencé à être étudiée d'une manière spéciale qu'en France, en 1822. C'est à Charenton qu'on a observé les premières paralysies générales. Royer Collard qui n'a pas écrit, mais qui avait beaucoup observé, a le premier attiré l'attention de ses élèves sur cette forme particulière de maladie mentale et c'est Mr. Bayle, un de ses élèves, qui, le premier, en 1822, a fait une thèse sur ce sujet, intitulée de

A cette époque, on admettait surtout les idées anatomiques. C'est donc par le côté des lésions anatomiques qu'a commencé l'étude de la paralysie

générale. Mr. Bayle, dans sa thèse, a cité un certain nombre d'observations relevées avec beaucoup de soin, et sur ces observations il a abordé la description de cette maladie nouvelle. Quatre ans plus tard, il a publié, sur le même sujet, un traité des maladies du cerveau dont le premier volume seulement a paru. Ce volume était relatif à la méningite chronique. Sous ce nom, cet auteur distingué a groupé la plupart des faits qui sont aujourd'hui connus sous le nom de paralysie générale des aliénés.

Cette monographie a été suivie de celle de Mr. Calmeil, également élève à Charenton, aujourd'hui médecin en chef de cet asile : les deux monographies constituent encore aujourd'hui une description exacte de la paralysie générale, et il ne reste qu'à la compléter par de nouveaux détails.

Mr. Delaye, autre médecin de cette époque, a fait, en 1824, une thèse intitulée : de la paralysie générale incomplète, et il a également ajouté plusieurs traits à la description de cette maladie.

Depuis ces premiers travaux tous les aliénistes ont fixé leur attention sur cette forme

particulière de maladie mentale. Esquirol qui, en 1816, dans son article du dictionnaire des sciences médicales avait à peine mentionné la paralysie générale à côté du scorbut et de la phthisie comme simple complication de la folie, Esquirol, dis-je, profita plus tard des observations de ses élèves et y ajoutant les siennes propres, il a donné, dans son livre publié en 1838, une description de cette forme de maladie mentale; mais, pour lui, comme pour la plupart des médecins de cette époque, la paralysie générale ne constituait pas une maladie distincte et spéciale. La paralysie générale incomplète était considérée comme un symptôme, comme une simple complication ou comme une terminaison de la folie. D'après son opinion et celle de Mr. Calmeil, la paralysie pouvait survenir chez les aliénés chroniques à des périodes ultimes des maladies mentales; elle venait compliquer la folie et surtout la démence. Mr. Bayle, dans son livre, s'était écarté de cette opinion, et avait admis au contraire, que cette maladie, la méningite chronique, constituait bien une maladie complètement distincte dès son début.

Ainsi, dès l'origine de l'étude de cette maladie spéciale deux opinions s'étaient produites: l'une la considérait comme une maladie distincte, l'autre soutenait qu'elle était simplement une complication de la folie.

MM Foville et Parchappe qui, depuis lors, ont fait des études anatomiques et symptomatiques, ont admis la même opinion. Mr Parchappe, dans son traité théorique de la folie, considère la paralysie générale, tantôt comme une forme spéciale, tantôt, dans des cas rares, comme une complication accidentelle de folie ancienne.

Indépendamment de ces deux opinions, qui subsistent encore aujourd'hui dans la science, il s'est fait plus tard un nouveau mouvement dans l'opinion. Ce mouvement a été motivé par des observations faites dans les hôpitaux ordinaires de Paris en dehors de l'étude de l'aliénation.

En 1846, Mr Requin a proposé, dans son livre, de nommer cette maladie paralysie générale progressive et il a admis qu'elle pouvait quelquefois consister dans une paralysie générale

sans accompagnement de délire.

Depuis Mr. Sandras est entré dans la même voie, à la même époque. Mr. Brière de Boismont et Mr. Duchenne, de Boulogne, ont fait de nouvelles observations tendant au même but, c'est-à-dire à démontrer qu'il pourrait exister une paralysie générale sans aliénation, qui n'était pas la paralysie générale des aliénés, et qui pourrait, dans diverses circonstances, se terminer par la folie. MM. Baillarger et Lunier, à la même époque, quoique attachés à des asiles d'aliénés, ont été influencés par cette opinion venue des hôpitaux ordinaires, et ils ont admis que la paralysie générale pourrait précéder le délire, et le précéder de très-long temps; que, par conséquent, il fallait faire de la paralysie générale le symptôme principal, et du délire un symptôme accessoire, contrairement à l'opinion généralement adoptée par les aliénistes.

Nous sommes encore aujourd'hui dans cette situation d'esprit. Certains aliénistes considèrent encore la paralysie générale comme une simple complication de la folie, mais il faut le dire, cette opinion a perdu beaucoup de terrain. Au contraire

la plupart des aliénistes admettent la paralysie générale comme une maladie spéciale, distincte dès son début, ayant ses prodromes, sa marche et sa terminaison. Quant à la paralysie générale sans aliénation, elle est admise par quelques médecins des hôpitaux en dehors des asiles, mais ils ont publié trop peu d'observations pour qu'on puisse en faire une description spéciale, et démontrer que cette maladie a une raison d'être comme maladie distincte. Je reviendrai sur ce sujet à propos du diagnostic différentiel.

Pour aujourd'hui, Messieurs, je partirai de l'opinion la plus générale, admise, à savoir que la paralysie générale est une maladie distincte, spéciale que l'on peut décrire séparément, qui a ses prodromes, sa marche, ses terminaisons, et qui ne peut être confondue avec la folie proprement dite.

Quand on ~~rencontre~~ remonte dans l'existence des aliénés paralytiques, il arrive souvent qu'on ne peut pas trouver des signes de la prédisposition à la folie. Cette maladie semble être en général plutôt

individuelle qu'héréditaire comme beaucoup d'autres formes de maladies mentales. Cependant, dans un certain nombre de cas, on peut retrouver, dès l'enfance dès la jeunesse de ces malades, quelques signes que l'on peut considérer comme une preuve de prédisposition à la maladie spéciale qui nous occupe. On constate, en effet, que ces individus ont eu, pendant de longues années, une existence très-agitée, ou aventureuse, qu'ils se sont livrés à une activité exagérée, presque désordonnée. A côté de cette activité physique et intellectuelle, ils ont manifesté de bonne heure des altérations dans le caractère, dans les sentiments et dans la volonté. En général, doux et bienveillants, ayant les attributs du tempérament sanguin, ils ont été fréquemment sujets à des colères, à des irritabilités sans motifs; ils se sont livrés spontanément, sans cause suffisante, à des sorties, à des colères, à des accès de mécontentement et d'irritabilité; ils se sont fait remarquer par la bizarrerie de leurs actes, de leur manière d'être et de leur conduite. En un mot, lorsqu'on remonte dans leur passé, on trouve souvent des faits qui ne peuvent s'expliquer que par une maladie existant déjà à

l'état latent, à l'état de germe.

Ces mêmes individus, qui ont habituellement mené une vie extrêmement désordonnée, aventureuse souvent dans ces conditions exceptionnelles par=viennent à faire des découvertes, à amasser une fortune, à tirer parti de la maladie elle-même pour arriver à des résultats dont ils n'auraient pas été susceptibles à l'état normal. Cependant, peu à peu, ils arrivent à un degré d'excitation qui n'est plus compatible avec l'état normal et qui doit être considéré comme la véritable période pro=dromique. Cette période a souvent une très-longue durée, quelquefois même des années, quoique dans certains cas elle ne dure que quelques mois.

Mr. Brière de Boismont, dans un mémoire très-intéressant, a attiré l'attention du public et des magistrats sur cette période prodromique de la paralysie générale qui est très-intéressante au point de vue médico-légal.

En effet, dans cette période prodromique, ces individus se livrent souvent à une activité tout à fait excentrique et deviennent quelquefois

alors justiciables des tribunaux. Sont-ils dans les affaires, par exemple, il leur arrive de commettre des faux, des vols, des escroqueries, qui ne sont pas motivés comme de la part des criminels, mais qui ont un caractère particulier d'inconsistance, de bizarrerie, d'absence de précaution, de contradiction avec l'intérêt même de l'individu qui les commet, caractères qui peuvent mettre le médecin légiste sur la voie de la découverte d'une véritable maladie mentale.

Dans certaines circonstances encore ces individus se livrent à des actes tout à fait bizarres, excentriques, qui souvent les font arrêter, à Paris par exemple, par la police, à une époque où la maladie n'est pas encore arrivée à son complet développement. On voit souvent, par exemple, des paralysés, à la période prodromique, arrêtés pour avoir oublié de payer le cocher, pour n'avoir pas payé leur consommation dans un café, pour avoir pris des objets sans importance, ou sans valeur, à la devanture d'une boutique, pour avoir commis des actes étranges en un mot, pour avoir, par exemple, acheté un grand nombre d'objets du même genre, ou bien pour

avoir pris quelque chose chez un marchand sans payer. Les malades achètent souvent des objets par dizaine, par douzaine, des quantités d'objets en grand nombre qu'ils emportent chez eux et qu'ils abandonnent aussitôt sans en tirer aucun parti.

A côté de ces troubles dans les actes, existent des troubles correspondants dans les sentiments et dans la volonté. Les malades sont extrêmement mobiles et variables dans leurs affections. Ils ont des exagérations de tout ordre. Ils se prennent violemment de passion pour une personne qu'ils ne tardent pas à abandonner. Ils passent de la sympathie la plus vive à l'antipathie la plus profonde. Ils changent complètement de manière d'être et de sentiments vis-à-vis de leur femme, de leurs enfants, des personnes qui les entourent. Ils ont, en un mot, plusieurs de ces altérations des sentiments que j'ai déjà signalées à propos de la folie en général.

La volonté commence elle-même à être atteinte, dès cette première période. Les malades,

très-irritables, colères, violents, sont néanmoins faciles à conduire comme des enfants. Aussitôt que leur colère est terminée, il devient facile de les faire changer d'avis, de modifier totalement leur opinion, sur les sujets auxquels ils paraissaient tenir d'une manière ex=traordinaire. Il y a là de très-grands contrastes, aussi bien dans les sentiments que dans la conduite.

Vous voyez donc, Messieurs, que, même avant que la maladie soit déclarée, il y a des phénomènes physiques, intellectuels et moraux, qui permettent de caractériser un état mental positif. Il y a de longue date, certains signes qui peuvent permettre de prévoir, avec une certaine probabilité, les manifestations ultérieures de la maladie.

Pour bien décrire la paralysie générale, une fois les premiers signes de prédisposition indiqués, il faut admettre plusieurs variétés de début. C'est pour avoir omis cette précaution que beaucoup d'auteurs sont tombés dans des confusions fâcheuses.

La paralysie générale est certainement une maladie spéciale et distincte, mais elle débute d'une

façon très-différente les individus. Pour bien la décrire, il faut commencer par indiquer ces variétés. Or, ces variétés peuvent se réduire à quatre. Il en est deux dans lesquelles les symptômes physiques dominent et deux dans lesquelles au contraire dominent les symptômes intellectuels et moraux. Nous nommerons les deux premières, la variété plus spécialement paralytique et la variété congestive. La variété plus spécialement paralytique est celle qui a donné lieu aux observations contradictoires publiées dans ces dernières années, c'est-à-dire aux paralysies générales dites sans délire. En effet, dans ces cas, les malades, souvent pendant très-long temps; sont atteints de troubles de la motilité qui seuls attirent l'attention de l'observateur. Ils commencent par avoir de légères modifications dans les mouvements des bras et des mains et dans la parole. C'est plutôt de la non coordination dans les mouvements que de la paralysie générale par exemple. Ils laissent tomber facilement les objets; ils éprouvent de la difficulté à se livrer à leur profession quand cette profession exige des

mouvements très-délicats des doigts comme cela arrive à Paris pour certaines professions.

D'autres malades éprouvent de la difficulté à écrire, ou bien à s'habiller, à se peigner, à se débarbouiller, en un mot à accomplir les actes délicats qui nécessitent une grande précision dans les mouvements des doigts. Ils commencent à présenter aussi un embarras très-peu sensible dans la parole, dont ils ont ordinairement conscience. A cette période de la maladie, en effet ces malades sont plutot préoccupés de leur état que sans conscience de cet état comme ils le deviennent plus tard. Les malades entrent souvent dans les hôpitaux ordinaires à cette période de leur affection et c'est là que les médecins les observent.

Pendant long temps cette forme de paralysie générale a été confondue avec d'autres affections cérébrales, mais depuis vingt ans environ elle est devenue l'objet d'études très-attentives. Elle est souvent confondue avec l'ataxie locomotrice.

A cette période, les malades éprouvent des maux de tête, des vertiges, fréquemment aussi de l'inégalité dans la dilatation des pupilles. La langue

placée sur la lèvre inférieure est légèrement tremblante, ainsi que les lèvres. Il y a du strabisme, ou quelques modifications dans la vision. Les mouvements des jambes participent quelquefois à ces légers phénomènes de paralysie. Les malades trébuchent en marchant, ne sont pas solides, ne peuvent avancer régulièrement; ils marchent en s'appuyant; le moindre obstacle placé sur leur passage les arrête et risque de les faire tomber. D'autres ont encore quelques autres symptômes de paralysie légère. Tels sont les caractères principaux de la première période de la variété plus spécialement paralytique.

On peut se demander si, à cette époque, l'intelligence est déjà troublée. Dans quelques cas, avec quelque attention qu'on observe l'intelligence et le caractère, on ne découvre aucun signe évident de trouble intellectuel. Cependant, ces malades ont une tendance hypochondriaque. Ils se préoccupent outre mesure de leur état, pleurent facilement, s'affligent volontiers comme ceux qui sont atteints d'hémorrhagies cérébrales, ou de ramollissement du cerveau; ils ont une conscience

exagéré de leur situation et s'en préoccupent au point de s'en affliger et de devenir mélancoliques. D'un autre côté, ils ont des absences; ils ne peuvent accomplir leurs travaux ordinaires avec la même facilité, non-seulement à cause de la difficulté de leurs mouvements, mais aussi quelquefois à cause d'un certain affaiblissement de la mémoire ou d'une altération légère de leurs facultés intellectuelles. Ces malades, par exemple, oublient facilement des chiffres dans leurs comptes; ils ont des absences momentanées; ils perdent le souvenir de certains faits récents; les personnes qui vivent avec eux, leurs femmes par exemple quand il s'agit des hommes, les maris quand il s'agit de femmes, les personnes en un mot qui sont en contact continuel avec eux, s'aperçoivent bien mieux que le médecin de ces légères altérations de l'intelligence et du caractère.

Plus tard, le trouble intellectuel devient plus marqué; il survient alors une démence légère sans conceptions délirantes, un affaiblissement intellectuel pur et simple, non accompagné de trouble plus marqué des facultés intellectuelles et affectives. Cette variété de début de la paralysie

générale a souvent une très-longue durée; elle peut se prolonger plusieurs années avant que des symptômes plus accusés viennent manifester la maladie comme elle sera plus tard.

A côté de cette variété de début de la paralysie générale, il en est une autre, c'est la variété congestive. Comme son nom l'indique, elle débute par des congestions, mais celles-ci sont plus ou moins évidentes. Dans certains cas, elles sont tellement courtes, tellement passagères, qu'il est difficile au médecin de les constater. Il faut que ses interrogatoires soient dirigés avec attention sur ce fait pour qu'on les lui révèle. Il apprend alors que ces malades ont éprouvé, à un moment donné, de légères pertes de connaissances qu'on a regardées comme de simples étourdissements ou de vertiges, premiers symptômes appréciables de la maladie. Lorsque ces malades ont éprouvé quelques vertiges de cette espèce, leur intelligence ne tarde pas à baisser, et si les constatations sont bien faites, on reconnaît en même temps quelques symptômes de paralysie passagère.

ces symptômes portent surtout sur la parole sur les lèvres, sur la langue. Les malades ont un embarras de parole plus prononcé que dans les autres variétés de la paralysie générale. De plus, ils ont en souvent une hémiplégie passagère incomplète qui a duré très-peu après l'attaque, mais qui s'est reproduite souvent après les attaques successives. Il y a, en même temps, un affaiblissement intellectuel assez marqué, dont l'intensité varie avec les attaques, c'est-à-dire que quand le malade a éprouvé une congestion, son intelligence et sa motilité s'affaiblissent considérablement, mais peu à peu ces symptômes diminuent, à mesure que l'attaque s'éloigne pour se reproduire de nouveau quand une nouvelle attaque survient. Il y a en un mot une marche paroxystique et rémittente très-caractéristique pour cette variété de la paralysie générale.

Après un certain nombre d'attaques de cette espèce, le malade arrive à un état de démence plus prononcé et rentre alors dans la maladie générale sur la description de laquelle je reviendrai tout à l'heure.

Après ces deux premières variétés, dans lesquelles prédominent les symptômes physiques, viennent les deux autres, dans lesquelles prédominent les troubles intellectuels et moraux. La variété mélancolique n'a pas généralement assez attiré l'attention. Mr. Baillarger, dans ces derniers temps, a fait remarquer avec raison que souvent les débuts de la paralysie générale avaient lieu par une période mélancolique et par une période hypochondriaque. Les malades abandonnent alors leurs occupations, restent chez eux et séjournent souvent au lit. Ils sont dans un état de fatigue extrême et de prostration. Ils ont un sentiment profond de maladie. Leur système musculaire est lui-même momentanément très-affaibli. Les malades se préoccupent alors outre mesure de leur état. Ils s'imaginent avoir des maladies graves; ils disent qu'ils vont mourir; ils sont de plus préoccupés par certaines conceptions délirantes qui accompagnent leur état. Par exemple, ils croient qu'ils sont ruinés, qu'ils sont condamnés, qu'il va leur arriver malheur; ils

ont des conceptions mélancoliques et hypochondriaques, comme dans d'autres formes de maladies mentales. Après ce stade mélancolique plus ou moins longtemps prolongé, un mois, deux mois, selon les cas, peu à peu ces malades sortent de cet état pour arriver à l'état de folie proprement dite, et alors survient la période d'excitation dont je parlerai tout à l'heure.

Dans l'interrogatoire des paralytiques ou de leur famille, il y a lieu de tenir grand compte de ce stade mélancolique plus fréquent qu'on ne croit, qui existe non-seulement comme variété spéciale, mais qui se produit même comme début de la quatrième variété dont je vais parler maintenant, c'est-à-dire dans la variété expansive qui est la plus commune du début de la paralysie générale.

Cette variété expansive a été décrite par la plupart des aliénistes depuis l'époque où la maladie est connue, c'est-à-dire depuis 1822. Les malades sont alors tels que je les ai décrits précédemment; ils se livrent à des actes très-nombreux, à une activité extraordinaire; ils vont et viennent, sont sans cesse en mouvement, ont besoin d'activité désordonnée;

ils ne dorment pas, vagabondent dans la campagne, voyagent, font mille projets qu'ils cherchent à exécuter immédiatement, s'exposent souvent à des dangers, veulent se marier, entreprendre des voyages, essayer des spéculations nombreuses. Mais, à cette époque, ils restent encore dans des limites à peu près raisonnables, c'est-à-dire que leurs projets ne sont pas absolument impossibles à réaliser, et sont en rapport, jusqu'à un certain point, avec la fortune et la situation sociale de la personne, quoique dépassant la mesure de ce qu'ils auraient conçu ou fait autrefois. Ils sont déjà différents d'eux mêmes, sans être encore arrivés à la période vraiment caractéristique de la maladie mentale.

Mais cette variété expansive, quand elle est arrivée au point que je viens d'indiquer, ne tarde pas à franchir les limites de l'état normal pour passer à l'état maladif.

Vous voyez donc, Messieurs, que ces quatre variétés, diverses d'origine, aboutissent en définitive au même point de rencontre commun,

c'est-à-dire à la période d'excitation particulière qui caractérise la paralysie générale, au moment où les aliénés entrent dans les asiles, qu'elle ait commencé par des symptômes paralytiques sans délire, ou une démence simple, que le début de la maladie ait ~~suivi~~ présenté la forme congestive ou la forme mélancolique, ou enfin qu'il se soit produit sous la forme expansive, quelle que soit la variété de début en un mot, la maladie arrive à des caractères communs, ceux qui sont décrits dans la plupart des ouvrages relatifs à la paralysie générale.

Cette première période de la paralysie générale a en effet presque toujours les mêmes caractères, qui peuvent se résumer dans le mot général d'excitation. Ce n'est ni de la monomanie, ni de la manie, ni la démence, et pourtant c'est à la fois ces trois formes de maladie mentale. La monomanie est caractérisée par des conceptions délirantes multiples et par un délire qui conserve certaines apparences de raison; mais à côté de ces apparences de délire partiel, se trouve une agitation, une excitation qui se rapprochent beaucoup de l'état maniaque. Enfin, à travers cette

excitation apparente, il est facile à un observateur exercé de découvrir déjà des traces évidentes de faiblesse intellectuelle, de démence commençante. Il faut donc ne pas rester dans les errements de la classification actuelle. Il faut voir, dans la paralysie générale, l'état mental tel qu'il est, tel qu'on l'observe dans la réalité et non tel que le feraient supposer les dénominations de la classification régnante.

Pour bien se rendre compte de cet état mental, il faut le comparer à d'autres états analogues. Je vous ai dit précédemment que, dans le délire partiel ordinaire, il y avait trois périodes: celle d'incubation, celle de systématisation, et enfin la période chronique ou du délire stéréotypé. Mais, quelle que soit la période de délire partiel, ces malades ont des conceptions fixes, permanentes; ils raisonnent sur leur délire; ils se font un roman, un système; ils organisent leurs conceptions délirantes de manière à les rendre vraisemblables; ils les coordonnent entre elles; ils en font un tout, un ensemble, prévoient les objections qu'on

pourra leur faire, savent d'avance qu'on pourra leur objecter certaines choses qui seraient contradictoires avec le délire; et ils cherchent à y répondre.

Prenons, par exemple, le délire de persécution, dans lequel le malade croit entendre des voix qui le poursuivent et s'imagine qu'on lui fait éprouver des sensations pénibles. Eh bien, cet aliéné cherche à expliquer comment il peut être l'objet de ces persé=cutions; il en recherche la cause dans le magnétisme, dans la physique, dans les sciences occultes, dans des porte-voix, dans certains instruments de physique qu'on emploie pour faire parvenir jusqu'à lui des paroles prononcées à distance. En un mot, quel que soit son délire, il coordonne et raisonne ses conceptions délirantes.

Au contraire, l'aliéné paralytique (et en cela il se rapproche du dément) n'a que de simples conceptions délirantes sans cohésion, sans coordination entre elles. Les conceptions délirantes sont très-nombreuses chez lui; elles sont multiples mêmes, le malade en a un très-grand nombre dans un temps très-court, mais elles se heurtent, se combattent, se

contredisent et le malade n'éprouve pas le besoin de les concilier entre elles. Ce sont des conceptions flottantes en quelque sorte, des idées en l'air qui surgissent inopinément et sans cause. Par exemple dans le délire où prédominent les idées de grandeur, le malade dira en même temps qu'il est grand peintre, grand musicien, grand sculpteur; qu'il est un homme de génie; qu'il a fait des découvertes relatives au mouvement perpétuel; qu'il est méconnu; qu'il est prince, empereur, général, pape; enfin il dira des choses absolument incompatibles entre elles, et en même temps qu'il énonce ces diverses conceptions délirantes, il racontera ~~pareillement~~ parallèlement sa vie réelle, à côté de sa vie imaginaire. D'un côté, il dira qu'il est un grand souverain, et de l'autre il ajoutera qu'il est cordonnier ou tailleur, ou bien qu'il est agent de change ou banquier. Eh bien, c'est dans cette absence de conciliation et de coordination des idées que réside le caractère fondamental qui sert à distinguer le délire des paralytiques de celui des autres aliénés. On peut résumer le caractère

de ces conceptions par ces quatre mots : Les conceptions délirantes des paralytiques des aliénés sont multiples, non motivées, absurdes, révoltantes même d'absurdité et enfin contradictoires entre elles. Lorsque vous trouvez chez un aliéné cet ensemble de caractères des conceptions délirantes, il y a de grandes probabilités que vous avez affaire à la forme paralytique de la folie.

Indépendamment de ces caractères qui tiennent au fond même du délire, il y en a d'autres qui tiennent à la forme. Le délire des grandeurs est le plus ordinaire chez les aliénés paralytiques. Les malades, en général, commencent par se croire très-forts dans leur profession. Ils croient avoir acquis une fortune exceptionnelle pour leur situation, mais ils restent encore alors dans les limites compatibles avec les possibilités, avec les vraisemblances de leur situation, tout en s'élevant un peu au-dessus du niveau auquel ils étaient avant leur maladie. Mais bientôt ils montent en grade en quelque sorte : Étaient-ils dans l'armée ? De capitaines, ils sont devenus colonels ; puis, ils deviennent généraux, maréchaux, empereurs. S'ils sont dans une carrière civile, ils parcourent rapidement

par la pensée tous les échelons de la grandeur, et arrivent à des positions d'empereurs, de rois, de souverains absolument incompatibles avec leur état social. Le caractère d'augmentation progressive du délire est excessivement remarquable et se présente toujours dans la première période de la paralysie.

Le même fait se présente pour les femmes qui, dans les classes inférieures de la société, par exemple, commencent par croire qu'elles ont de beaux vêtements, des robes de soie, qu'elles ont recueilli un héritage, qu'elles vont épouser un grand personnage (toutes choses qui ne sont pas impossibles dans leurs positions); puis, peu à peu, elles dépassent les limites du possible et du vraisemblable pour arriver à se croire reines, impératrices, déesses. Cette progression existe dans toutes les classes de la société, s'observe dans tous les pays et dans tous les temps. Quel que soit le milieu social dans lequel existe un aliéné paralytique, il passe par les mêmes phases. La maladie lui imprime sa fatalité

jusque dans les détails de ses conceptions délirantes.

Cela existe également pour d'autres conceptions délirantes qu'on a signalées avec raison chez les paralysés. Mr. Baillarger leur a donné le nom de conceptions hypochondriaques. Quelque soit le nom que l'on adopte, elles sont particulières à cet état mental dans lequel elles s'observent souvent. Elles sont toutes relatives à la personnalité des malades. Le malade se croit changé, métamorphosé; il croit qu'il n'a plus de tête, qu'il a un bras en plomb ou en bois, qu'il a une mâchoire de cheval, qu'il a l'estomac et la bouche fermés, qu'on l'a coupé en morceaux, qu'il est mort, qu'il va ressusciter, qu'il ressuscite à diverses reprises. Ces conceptions délirantes sont fréquentes à diverses périodes et sont aussi caractéristiques de la paralysie générale que les idées de grandeur sur lesquelles on a surtout attiré l'attention.

Pour bien décrire la paralysie générale et la décrire rapidement, il faut adopter un certain ordre. Nous la diviserons donc en trois périodes. Il faut, en un mot, suivre les évolutions successives

de la manie et cette division, quoiqu'un peu artificielle, facilitera singulièrement la description des symptômes.

La première période, dont je viens de vous parler, est celle que l'on observe les plus ordinairement lorsque les malades entrent dans les asiles d'aliénés. Elle dure plus ou moins longtemps selon les malades mais au bout d'un certain temps, au lieu du délire simplement partiel dominé par des conceptions délirantes, il surgit ordinairement une période franchement maniaque. Les malades arrivent peu à peu ou brusquement à un état violent d'agitation. Ils ont alors tous les attributs extérieurs de la manie ou délire général avec excitation. Ils parlent sans cesse, ne dorment pas, sont en mouvement jour et nuit, déchirent tout, crient, se déshabillent, sont dans un désordre d'idées incommensurables qui dure souvent au même degré pendant plusieurs mois. Quelle que soit la situation dans laquelle on les mette, qu'on leur laisse la liberté de leurs mouvements, qu'on les laisse, comme en Angleterre, sans

restriction mécanique, se livrer à tous les mouvements les plus désordonnés dans leurs cellules couchés sur leur matelas, ou bien qu'on les maintienne, comme en France, avec la camisole de force, quelles que soient, en un mot, les conditions extérieures de liberté ou de restriction dans lesquelles on les place, les malades sont absolument les mêmes, c'est-à-dire qu'ils parviennent à se débarrasser de tous liens, de tous les moyens de contention avec lesquels on veut les maintenir, et arrivent à se déshabiller, à se mettre dans un état de nudité complète et de malpropreté contre laquelle il est très-difficile de lutter. Ils ont un besoin de se déshabiller extrêmement remarquable qui a été attribué par certains médecins à des sensations particulières qu'ils éprouveraient à la peau, des sensations de chaleur excessive, de prurit.

Dans d'autres circonstances, ils éprouvent le besoin de crier, de pousser des cris instinctifs, de briser, de casser, de déchirer, de détruire tout ce qui est autour d'eux, c'est un besoin de mouvement, une nervosité exagérée, une sorte de convulsion partielle; c'est comme une décharge électrique des fluides nerveux

qui coïncident avec la période de grande excitation. Pendant cette période, les malades qui ne dorment pas qui mangent beaucoup, mais irrégulièrement, et qui se livrent à une agitation désordonnée de mouvements, maigrissent et s'affaiblissement physiquement. Ils sont dans un état presque fébrile; ils ont la peau chaude, la température de leur corps est très-élevée; ils peuvent même arriver à un état qui ressemble beaucoup à certaines degrés du délire aigu. Dans cette période, les paralytiques, qui ordinairement mangent avec voracité, peuvent alors arriver à refuser pendant un certain temps les aliments, et à présenter ainsi la plupart des caractères du délire aigu, dont je vous ai déjà parlé. Ils ont les lèvres et la langue sèches et ils mangent mal ou refusent complètement les aliments qu'on cherche à leur faire prendre; ils sont, en un mot, dans une période suraiguë, accompagnée de marasme, qui peut entraîner la mort. En général, cependant, ils parviennent à dépasser cette période suraiguë et ils arrivent peu à peu à une période plus avancée,

celle de la démence.

Il y a deux formes principales de l'agitation chez les paralytiques. Il y a cette agitation dont je viens de parler de manie aiguë, mais il y en a une autre moins violente qui n'est pas moins continue, c'est une agitation qui se manifeste par les mouvements plus que par les paroles. Souvent, en effet, sans arriver au degré extrême de la manie aiguë, la maladie arrive à une agitation automatique, instinctive, qui porte les malades à se déshabiller, à déchirer sans cesse, pendant plusieurs mois, tout ce qui est à leur portée. C'est en général après avoir passé par cette période que, peu à peu, ils arrivent au premier degré de la démence. L'intelligence s'affaiblit de plus en plus; les conceptions délirantes deviennent de plus en plus confuses, et, peu à peu, sans qu'on s'en doute, insensiblement, le malade passe d'un état qui avait les apparences de la monomanie ou du délire partiel, à un état qui, à tous les yeux, représente la démence paralytique. Cette transformation est quelquefois lente à se produire; elle peut durer six mois, un an et même plus.

En même temps que ces symptômes intellectuels et moraux, surviennent des symptômes physiques. L'embarras de la parole, à peine sensible au début, devient de plus en plus prononcé. Cet embarras de la parole n'est pas comparable, à proprement parler, au bégaiement des autres affections cérébrales; il est spécial et consiste dans une suspension, dans un arrêt subit au moment où les malades prononcent certains mots; ils veulent parler, et ils sont arrêtés par un spasme qui les oblige à suspendre l'émission de leur voix. C'est une forme d'embarras de la parole qu'il faut avoir observé directement pour bien la connaître. Elle est accompagnée d'un tremblement léger des muscles des lèvres et de la face. Quand on voit poindre ces premiers signes de paralysie chez les aliénés maniaques, on peut affirmer l'existence de la paralysie générale.

Indépendamment de ce tremblement de la parole, existe aussi un léger tremblement des membres supérieurs, des bras, et quelquefois des membres inférieurs. La marche est plus difficile;

les malades manquent de précision quand ils veulent saisir les objets; il y a en un mot de légers phénomènes de paralysie qui se généralisent, et qui, dans la période ultérieure, arrivent à un degré beaucoup plus prononcé.

Il y a aussi quelquefois des céphalalgies des maux de tête, des étourdissements, des vertiges, une dilatation inégale des pupilles, un peu de strabisme, de temps en temps quelques troubles dans les muscles de la face. Mais ces phénomènes sont extrêmement légers. Ils s'accompagnent quelquefois dans la période maniaque; il y a une exagération très-grande des fonctions génitales, et plus tard arrive un degré plus ou moins prononcé d'impuissance. A cette seconde période, il y a souvent incontinence des urines, fait qui devient constant à la troisième période.

Après ces premières indications générales sur la première et seconde périodes, je dois vous signaler un fait qui est plus fréquent qu'on ne le croyait autrefois. Il y a vingt ans on s'imaginait que la paralysie générale était une maladie à marche régulièrement continue, on l'a même nommée paralysie progressive, parcequ'on admettait qu'une

fois étudiée, soit au physique, soit au moral, elle continuait à marcher régulièrement vers la démence et vers la mort. Mais ces formes continues, qui sont les plus fréquentes, ne sont pas cependant constantes ni absolues. On a observé, depuis vingt ans, un assez grand nombre de faits qui démontrent que, même arrivé à la seconde période avec conceptions délirantes multiples, avec idées de grandeurs qui portent l'empreinte de la démence, même avec l'incontinence des urines, on peut observer une suspension, une rémission très-marquée, et même une intermittence presque complète de tous les symptômes. Les malades semblent alors presque complètement guéris. On est étonné de voir des gâteux arrivés à un état de paralysie générale prononcée, ayant un délire complet et même incohérent, se rétablir peu à peu et revenir à un état presque normal. La maladie passée, ces malades reconnaissent très-bien avoir été aliénés ; ils ne craignent pas de l'avouer ; ils s'étonnent d'avoir pu concevoir des idées aussi absurdes que celles qu'ils avaient ; en un mot ils sont revenus

à un état presque normal ; mais un observateur exercé constate ordinairement encore que leur intelligence n'est plus ce qu'elle était autrefois. S'ils étaient intelligents, capables de remplir des fonctions importantes, ils ont cessé d'avoir cette aptitude et sont rentrés dans une condition d'intelligence assez vulgaire. D'un autre côté quelques symptômes physiques persistent. Il y a un peu d'embarras de la parole, un tremblement des lèvres et quelques phénomènes paralytiques qui, quoique très légers, persistent néanmoins. Les malades peuvent alors rentrer dans le monde, dans leur famille, et jouir de la plupart des privilèges de la vie civile. On en a vu, dans ces conditions, reprendre les affaires, rentrer dans l'exercice de leurs fonctions et même se marier. Il y a là une question de médecine légale excessivement délicate. Mr. Baillarger, Mr. Saize et plusieurs autres auteurs ont étudié, au point de vue médico-légal, ces périodes de rémittence et tout en constatant qu'il persiste dans cet état un certain trouble dans l'intelligence, ils se sont demandé si, dans ces conditions les malades ne devaient pas jouir d'un certain degré

de liberté morale, et s'il n'était pas juste de leur accorder leurs droits civils, le droit de tester par exemple et même la faculté de contracter mariage

C'est ici que se présente une question de pronostic très-importante soulevée par M. Baillarger dans ces dernières années. Partant de ces observations très-exactes, il s'est demandé si l'on devait considérer la période dont il s'agit, comme une période de simple rémission ou bien y voir une guérison véritable. Il s'est demandé si l'on ne devait pas considérer la première période de la paralysie générale comme une maladie spéciale, à laquelle il a donné le nom de manie congestive, et s'il n'était pas plus scientifique et plus conforme à l'observation de regarder cette période comme une maladie particulière qui, tantôt se transforme en paralysie générale, tantôt au contraire est susceptible de guérison, et peut être suivie de retour complet à la raison. Mr Baillarger a cité une centaine d'observations environ, recueillies soit dans sa pratique personnelle, soit dans les autres auteurs, pour démontrer que l'on a tort

de considérer la paralysie générale comme toujours incurable, qu'il fallait être plus réservé, et admettre certains cas de manie congestive susceptibles de guérison.

Mais tout en admettant ces faits d'observations qu'on ne peut nier, tout en admettant cette suspension de la paralysie générale, on ne doit pas selon nous se ranger à l'opinion théorique admise par Mr. Baillarger. En effet, il en est de cet état mental, de cet état particulier de manie congestive comme de certains états qu'on observe dans d'autres maladies, par exemple dans la phthisie, maladie chronique très-connue dans toutes ses variétés. Nous savons tous en effet qu'il y a des phthisies galopantes qui marchent rapidement vers la mort, que d'autres au contraire procèdent par soubresauts. On voit certains phthisiques qui, pendant plusieurs mois, sont dans un état des plus graves, de fièvre hectique avec expectoration abondante et de nombreuses cavernes, et au bout de quelques mois, soit à la suite d'un traitement soit par un simple déplacement, la fièvre, les sueurs nocturnes, l'expectoration cessent et il survient un état suffisamment tolérable qui peut être considéré comme une guérison et qui est même la guérison temporaire.

certains individus ont été reconnus phthisiques à vingt ans et ~~qui~~ meurent phthisiques à soixante-dix ans. Ils passent ainsi par plusieurs accès ou plusieurs poussées tuberculeuses accompagnées de cavernes et d'autres symptômes caractéristiques. Pourquoi n'en serait-il pas de même de la paralysie générale des aliénés? Pourquoi cette maladie, essentiellement congestive, comme je le disai tout à l'heure, pourquoi cette maladie, qui a un caractère très-aigu à certaines périodes, ne pourrait-elle pas tout à coup ou successivement arriver à une période d'amélioration? Les points du cerveau, les premiers atteints par la congestion ou par l'inflammation de la substance corticale peuvent se cicatriser peu à peu et permettre au malade de reprendre momentanément, ou pendant un temps plus ou moins long, la rectitude de ses facultés, la régularité de ses mouvements. Seulement l'observation démontre qu'après un certain temps de répit, de rémission, les mêmes causes qui avaient produit des lésions dans certaines portions du cerveau peuvent reproduire ces mêmes lésions dans d'autres points de la substance corticale

et donner lieu à de nouvelles poussées congestives vers le cerveau, comme on en voit s'établir dans les poumons par la phthisie. Il y a là une sorte d'analogie entre la paralysie générale et la phthisie qui permet de comprendre comment les guérisons momentanées peuvent se concilier avec l'existence d'une maladie unique ayant ses périodes et ses terminaisons et ne cessant pas de conserver son unité malgré ses suspensions passagères.

Après ces périodes de suspensions il arrive ordinairement que les paralytiques retombent brusquement, et cela à la suite d'une attaque congestive. Les attaques congestives, comme je l'ai déjà dit, peuvent se produire dans la première période, mais elles sont surtout fréquentes à la fin de la seconde et de la troisième. Les paralytiques qui ont guéri momentanément qui rentrés dans leur famille sont subitement frappés d'une congestion intense, perdent connaissance, sont souvent dans un état très-grave et voisin de la mort. Peu à peu ils reviennent à eux, il est vrai, mais une nouvelle période de paralysie générale, celle de la démence avec des symptômes plus prononcés de paralysie

se manifeste : les malades rentrent de nouveau dans les asiles ; ils sont alors dans la troisième période sur laquelle j'insisterai dans la prochaine séance. Je parlerai ensuite des causes de cette maladie, de son anatomie pathologique, du pronostic et enfin du traitement de cette maladie malheureusement trop souvent incurable.

18e Leçon.

Mardi 4 Février 1868.

Messieurs,

Dans la dernière séance, j'ai commencé la description de la paralysie générale et j'ai l'intention de la terminer aujourd'hui. Il est très-difficile de réunir en deux leçons les principaux documents relatifs à une maladie, étudiée avec le plus grand soin depuis une quarantaine d'années. Je serai donc forcé de me borner à quelques points culminants et de glisser légèrement sur les détails qui mériteraient pourtant un examen attentif au point de vue clinique.

J'en étais arrivé, dans la dernière séance au passage de la seconde à la troisième période. Les périodes ne peuvent pas être limitées d'une manière rigoureuse. Elles ne peuvent pas l'être dans cette maladie particulièrement, car elle a une marche extrêmement rémittente et paroxystique. Il en résulte

que, chez certains malades, les phénomènes rétrogradent et arrivent à revêtir les caractères des périodes antérieures. C'est là une marche qui rend difficile l'établissement de périodes régulières. Cependant on est bien obligé d'en admettre pour faciliter la description.

Je vous ai dit déjà, Messieurs, que souvent après la seconde période, alors que les aliénés paralytiques ont présenté des phénomènes de démence très-avancée, il arrive assez fréquemment que ces symptômes rétrogradent ou même disparaissent et que ces malades obtiennent leur sortie des asiles et sont rendus à la société, à leurs parents et à leur famille. Ce sont ces rémissions qui ont été considérées, à tort, comme des guérisons; plusieurs auteurs en ont parlé, entre autre Mr. Baillarger.

Cependant dans la plupart des cas les symptômes primitifs ne tardent pas à reparaître après un certain laps de temps de guérison apparente.

Comme je vous le disais, Messieurs, il en est de la paralysie générale comme de la phthisie.

Il y a certaines phthisies qui au bout de quelques années de guérison apparente sont de nouveau caractérisées par la réapparition des mêmes phénomènes morbides qui avaient existé primitivement. Eh bien, il en est de même de la paralysie générale. Lorsque le malade est rentré dans sa famille, il peut survenir chez lui un retour pur et simple des phénomènes de démence. C'est alors que l'on constate les symptômes qui caractérisent la seconde et la troisième périodes de la maladie; ils peuvent être représentés par le mot générique de démence qui les exprime suffisamment, quoique d'une manière vague, les degrés de la démence étant variables chez le même malade selon les moments. En effet, lorsqu'on se donne la peine dans un asile d'aliénés, de suivre avec attention l'état mental des paralytiques, on est très-frappé des différences qui existent dans leur état mental selon les instants où on les observe. Certains jours ils peuvent être questionnés et répondre d'une manière assez nette à des questions très-simples; ils peuvent, en un mot, échanger quelques idées. Dans d'autres moments, au contraire, l'obtusion est poussée si loin que c'est à peine s'ils comprennent

ce qu'on peut leur dire, s'ils peuvent se rappeler leur nom, leur domicile, le nom de leurs parents, les choses les plus élémentaires. Il y a donc de grandes différences dans le degré de la débilité intellectuelle d'un moment à l'autre. Il en est de même des phénomènes physiques. Certains malades par exemple, sont gâteux de très-bonne heure et cependant leur maladie peut encore rétrograder; il en est ainsi dans toutes les variétés de la paralysie générale. Il en est ainsi également de l'embarras de la parole, de la faiblesse des bras et des jambes, de la difficulté de la marche. Ces phénomènes sont variables en intensité et en degré selon les moments où on observe les malades.

Ce qui caractérise surtout ces deux périodes de la paralysie générale, ce sont les attaques congestives et convulsives. Les malades sont pris tout à coup d'attaques cérébrales qui consistent principalement dans une perte de connaissance absolue. Le malade perd connaissance et éprouve des mouvements convulsifs qui peuvent dans quelques cas être localisés dans les muscles de la face. Dans

d'autres circonstances, ils sont bien plus intenses et revêtent le caractère épileptiforme. Un des faits les plus essentiels à noter, c'est que ces attaques se produisent ordinairement coup sur coup. Un malade qui en a eu une en éprouve ordinairement plusieurs. Il est alors dans un état comateux continu avec des con=vulsions successives. Ces attaques peuvent entraîner la mort. Cependant dans quelques circonstances alors même que le malade est tombé dans le coma, il peut renaître à la vie et reprendre rapidement toutes ses aptitudes à la marche et à tous les actes qu'il accom=plissait avant ces attaques. On est même étonné de voir revenir rapidement à la vie certains paralytiques dans ces conditions et des malades condamnés la veille se représenter le lendemain à la visite, dans un état à peu près analogue à celui dans lequel ils se trouvaient avant l'attaque. C'est là un fait important à signaler.

Les malades qui ont eu plusieurs de ces attaques, en ont souvent un grand nombre; il n'y a pas d'époque fixe pour leur apparition. Certains d'entre eux en ont tous les mois, tous les deux mois; d'autres à des

distances plus éloignées ; il n'y a pas de règle fixe à cet égard. Indépendamment de ces phénomènes, il y a encore certains autres symptômes qui méritent de fixer l'attention des médecins aliénistes, tels que les grincements de dents, les tremblements dans les bras et dans les jambes, une hémiplégie incomplète qui est toujours très-légère si on la compare à l'hémiplégie des autres affections cérébrales et qui détermine une inclinaison du tronc à droite, à gauche ou en avant. Les malades ont souvent une faiblesse d'un côté du corps très-développée, qui persiste ou disparaît pendant la durée de la maladie. Les malades ont également quelquefois de l'anesthésie et de l'hypéresthésie.

Il arrive aussi quelquefois que les paralytiques atteints d'une attaque congestive éprouvent en même temps une hémorragie méningée. C'est là un fait qui existe fréquemment. Il a pour conséquence la contracture des bras, des jambes selon les circonstances, quelquefois de la mâchoire ou des muscles. Ce phénomène est lié à l'hémorrhagie méningée comme dans

d'autres affections cérébrales au ramollissement.

Les paralytiques à cette période sont ordi=
=nairement gâteux, mais ils continuent à marcher.
Ce n'est qu'à une période avancée qu'ils sont obligés
de garder le lit ou de rester assis dans un fauteuil.

Lorsque les malades sont arrivés à cette
immobilité, ils tombent à leur dernière période; mais
ils peuvent encore rester long temps stationnaires à
ce degré. On voit des paralytiques privés de leurs
bras, de leurs jambes, qui vivent pendant long temps
encore d'une vie toute végétative. Il y a encore d'autres
variétés à noter: Les paralytiques qui marchent et
ceux qui ne marchent pas. Ceux qui marchent
conservent beaucoup d'agitation. On en a vu mourir
qui marchaient la veille. Il en est d'autres qui
peuvent rester privés de l'usage de leurs jambes et
continuer pendant long temps à vivre. Il importe
beaucoup de ne pas perdre de vue ces variétés de
forme. Lorsque ces malades sont arrivés à ce
degré extrême de leur affection, ils peuvent végéter
encore long temps; mais ils sont exposés à mourir
d'un moment à l'autre par diverses causes, tantôt

par les convulsions ou les congestions, tantôt par des maladies incidentes ou des accidents.

On les voit par exemple éprouver des difficultés à avaler certains aliments par suite de la paralysie du pharynx. Les malades avalent souvent de travers et une simple bouchée passée dans le larynx suffit alors pour déterminer une suffocation.

Dans d'autres circonstances, la mort a lieu par une maladie incidente, telle que les pneumonies, les bronchites ou par des eschares; il arrive que ces malades éprouvent des eschares qui résultent de la position couchée ou du contact continuel des urines avec les parties sur lesquelles le corps repose dans le lit.

Il est très-difficile de guérir ces eschares, surtout lorsque ces malades ne peuvent plus marcher. Ils sont alors souvent enlevés dans un état de fièvre hectique de marasme.

Tels sont les principaux symptômes de la paralysie générale dans les diverses périodes. J'aurai l'occasion d'y revenir en vous parlant -

Du diagnostic différentiel. Cette maladie est une affection spéciale et plus on l'étudie, plus on arrive à se convaincre de sa spécialité. Cependant elle a beaucoup de points de contact avec les autres maladies. Il y a souvent des cas très-embarrassants. Si les cas types qui entrent dans les descriptions sont très-clairs, les cas mixtes sont très-difficiles à diagnostiquer. Il faut les étudier au point de vue de la paralysie, du délire et au point de vue des phases et de la marche de la maladie. Il faut toujours tenir compte de ces trois éléments.

Quelles sont les maladies faciles à confondre avec elle ? Ce sont les maladies cérébrales et les autres formes de maladies mentales touchant aux maladies nerveuses. La première, c'est l'hémorrhagie cérébrale, l'apoplexie à ses divers degrés, cas bien francs, qui ne sont pas difficiles à distinguer.

D'autre part, il y a hémiplégie prononcée dans le ventre. Vous savez tous que les bras demeurent plus longtemps paralysés que les jambes.

Il y a un retour assez complet de l'intelligence, qui est affaiblie, mais pas au même degré que dans

la paralysie générale chez les apoplectiques. D'un autre côté, dans l'apoplexie vous avez des symptômes bien plus prononcés, une marche plus lente et plus uniforme; il n'y a de confusion possible que quand plusieurs attaques apoplectiques se sont décidées. Dans ce cas les malades peuvent à peine parler, la langue est embarrassée, la marche difficile et si vous tenez compte de tous les symptômes que je viens de décrire, le diagnostic est très-facile. Il y a quelques cas qui peuvent prêter à discussion, surtout quand on conduit ces malades dans des asiles d'aliénés et qu'ils n'y sont pas l'objet d'une observation scientifique suffisante. Il en est de même du ramollissement du cerveau, maladie assez rapide, assez aiguë. C'est une maladie procédant par attaques, procédant comme l'apoplexie, s'accompagnant d'hémiplégie, de troubles des sens, d'affaiblissement prononcé de l'intelligence sans délire caractérisé. Le ramollissement diffère de la paralysie générale des aliénés; cependant, lorsque la marche est très-lente dans bien des cas chroniques, la confusion est facile.

Pour toutes ces affections il ne faut jamais perdre de vue certains points de repaire qui sont les suivants : Dans la paralysie générale la paralysie n'est pas une véritable paralysie ; c'est une paralysie incomplète ou plutôt une absence de coordination dans les mouvements qu'une paralysie proprement dite.

Les paralytiques sont encore capables de se servir de leurs membres même avec une certaine force ; seulement les mouvements sont brusques, saccadés, mal dirigés.

Dans les affections cérébrales organiques, au contraire, la paralysie est réelle. C'est là un signe différentiel très-important. Dans les affections cérébrales localisées, il y a presque toujours de l'hémiplégie, c'est-à-dire une différence très-grande entre les forces d'un côté du corps et celles de l'autre côté. Un autre signe différentiel, ce sont les lésions des sens. Dans la plupart des affections organiques du cerveau, il y a les troubles de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, du goût, anesthésie extrêmement prononcée mêlée d'engourdissements, de douleurs, phénomènes propres aux affections cérébrales et qui n'existent

guère dans la paralysie générale des aliénés. Dans cette maladie les malades peuvent être affaiblis au dernier degré, mais les sens ont conservé leurs fonctions. Ces signes sont très-importants et dans leur ensemble ils peuvent servir de moyen de diagnostic.

J'arrive maintenant aux maladies médullaires. Il y a en effet certaines maladies de la moëlle qui sont ascendantes dans leur marche et qui commencent par des phénomènes de paralysie, surtout prononcée dans les membres inférieurs. Or, elles peuvent prêter à la confusion. Mais cette marche ascendante de la paralysie est déjà un signe distinctif très-important. De plus, on a cité des variétés de la paralysie générale qui débutent par les jambes.

MM Westphal et Magnan ont insisté sur ces faits, avec raison, quoiqu'ils soient excep=
=tionnels. Dans ce cas, on pourrait donc confondre la paralysie générale des aliénés à cette période avec les maladies médullaires. Mais quand, plus tard, on voit survenir un état d'agitation maniaque

au lieu des conceptions délirantes, surtout dans le sens des grandeurs, le diagnostic devient alors facile.

Restent encore les maladies nerveuses générales, telles que l'hystérie et l'épilepsie. Mais ce sont surtout les maladies nerveuses générales produites par les toxications, par le mercure, par le plomb, par l'acide arsénieux, le phosphore, le sulfure de carbone et surtout par les boissons alcooliques qui donnent lieu à des phénomènes généraux qui peuvent prêter à la confusion avec la paralysie générale.

L'histoire détaillée qui a été faite des symptômes physiques et moraux de ces affections peut servir aux médecins de moyens de diagnostic dans ces cas difficiles. En thèse générale, on peut dire que, dans les intoxications, plus on s'éloigne du moment où le poison a été ingéré, plus les phénomènes diminuent, tandis que dans la paralysie générale des aliénés la marche est au contraire progressive jusqu'à la mort. Vous voyez donc, Messieurs, qu'en tenant compte de tous les symptômes, on peut arriver à établir un diagnostic différentiel. Les études attentives faites dans les dernières années sur ces diverses affections permettent aujourd'hui aux médecins de

poser un diagnostic certain entre elles et la paralysie des aliénés.

Après le diagnostic différentiel, j'arrive à l'étude des causes. C'est la partie la plus obscure et la plus difficile de l'étude de cette maladie; cependant nous possédons déjà, à ce sujet, certains points de repaire. La première chose à noter dans l'étiologie est relative à l'hérédité des paralysies générales qui augmentent singulièrement depuis 40 à 50 ans, par suite de causes qui peuvent être jusqu'à un certain point précisées. Il y a une remarque à faire: lorsqu'on interroge les malades, on remarque qu'ils n'ont point d'aliénés dans leur famille; mais plus tard on constate une hérédité descendante et l'on trouve chez les enfants alors des maladies consécutives. Il en est de ces maladies comme de la phthisie et des maladies diverses qui affectent les personnes connues sous le nom de phthisiques. Les enfants deviennent héréditairement phthisiques. Or la même marche a lieu pour la paralysie générale des aliénés. La paralysie se produit spontanément chez les

parents, mais les enfants sont souvent atteints de la même maladie que leurs parents. Quoiqu'il en soit l'hérédité est moins fréquente dans la paralysie générale que dans les autres formes de la folie.

Quelles sont donc les causes qui produisent le plus habituellement cette maladie? Les causes peuvent toutes se résumer en ce fait général : dépense excessive de névrosité ou de force nerveuse, quelque soit en effet le mode d'action. De cette cause le résultat est le même : qu'il s'agit d'excès sexuels, alcooliques ou autres; que le malade se soit livré à de nombreux excès ou bien qu'il ait travaillé outre mesure au-delà de ses forces normales, le résultat produit est toujours le même : c'est la cause principale de la paralysie générale des aliénés. Ainsi, par exemple, on voit beaucoup de malades devenir paralytiques par suite de veilles prolongées, de fatigues de toutes sortes; des malades, en un mot, qui ont dépassé les limites de leurs forces naturelles, qui, par exemple, appartenant aux classes ouvrières ont voulu faire leur fortune avec un redoublement excessif d'activité; qui, dans une condition sociale plus élevée, ont eu beaucoup

d'ambition, ont voulu entreprendre plus que leurs forces ne comportaient. Ces hommes finissent en général par devenir paralytiques; l'age mérite d'être pris en considération. La paralysie générale ne se produit guère avant l'age de vingt-cinq ans. On ne peut citer que très-peu d'exemples avant cet âge. A partir de cet âge jusqu'à 45 ans, elle est fréquente. C'est donc une maladie de l'age adulte. Plus tard, plus on avance dans la vie, moins on a de chance d'être atteint de cette maladie.

Un fait très important à signaler, c'est la proportion des paralytiques beaucoup plus considérable chez les hommes que chez les femmes. Dans les asile d'aliénés on trouve un homme paralytique sur trois, tandis que chez les femmes c'est à peine si on en trouve une sur vingt à vingt-cinq; et même dans les classes élevées de la société c'est à peine si on trouve une femme paralytique sur cent.

On a cherché à s'expliquer ces différences si remarquables et on n'a pas pu encore en trouver la raison. On sait cependant que certaines professions

semblent prédisposer à la paralysie générale d'une manière toute particulière, par exemple les professions qui peuvent déterminer des congestions cérébrales, telles que celles de cuisiniers, de chauffeurs, de mécaniciens. Les personnes exposées à un feu ardent sont plus exposées que d'autres. Les excès de tout genre, une vie de café, d'aventures, une vie très-mouvementée, en un mot une vie dans laquelle on s'adonne à tous les excès, surtout aux excès sexuels, prédispose à la paralysie générale des aliénés. Chez les femmes, par exemple, on observe surtout cette maladie chez les femmes de mauvaise vie, chez les filles publiques, bien plus que dans les autres conditions et chez les hommes elle est surtout fréquente chez les militaires. A Charenton, par exemple, on a observé depuis long temps que beaucoup de militaires étaient attaqués de cette forme particulière de maladie mentale. Les mêmes causes expliquent également que cette maladie est beaucoup plus fréquente dans les villes que dans les campagnes. Dans tous les pays ce sont les villes qui ont le plus grand nombre de paralytiques.

Vous voyez donc, Messieurs, que nous pouvons déjà nous-mêmes, dans l'état d'imperfection de notre

science spéciale nous rendre compte des causes principales qui déterminent plus spécialement cette forme de maladie mentale.

J'arrive à l'anatomie pathologique. Cette maladie est la seule variété de la folie dont on puisse étudier l'anatomie pathologique. En effet il y a des lésions assez fréquentes pour pouvoir les rattacher comme causes aux symptômes observés. Ces lésions existent surtout à la surface du cerveau et principalement dans les méninges. Il y a presque toujours de l'épaississement et une opacité localisée ou généralisée sur la surface des méninges. Ce qui est surtout caractéristique, ce sont les adhérences entre les méninges et la couche corticale du cerveau. On a pu même leur donner ce signe comme caractères anatomiques constants. Presque toujours quand on examine attentivement le cerveau d'un aliéné paralytique, il est facile de constater que lorsqu'on veut arracher les méninges, on arrive difficilement à les détacher sans emporter avec elles une petite portion de la couche corticale et lorsqu'on a ainsi arraché les méninges et enlevé

une portion de substance grise on trouve au-dessous une couche de   de substance grise chagrinée ou ulcérée. Toutes ces lésions existent surtout dans les parties antérieures du cerveau. Elles sont tellement caractéristiques, que MM Calmeil, Parchappe et la plupart des médecins français et étrangers les ont considérées comme les véritables lésions anatomiques de la paralysie générale des aliénés.

Mr. Parchappe, par exemple, est arrivé à proclamer que dans le ramollissement, la plupart des lésions résident dans la partie moyenne de la substance corticale. On peut en effet établir une sorte de subordination entre ces lésions et l'irritation des membranes. Il existe un état congestif qui accompagne l'irritation. Ce sont là les phénomènes primitifs que l'on découvre. Puis, lorsque la maladie progresse, il y a ultérieurement une disparition de la substance grise qui progressivement disparait complètement.

Elle est relative aux lésions de la substance blanche. Pendant que la substance grise disparait, la substance blanche s'indure surtout dans les lobes

antérieurs du cerveau. Cette induration a été constatée par beaucoup d'observateurs.

Un moyen de faire ressortir cette lésion consiste à gratter les lobes antérieurs avec le manche du scalpel de manière à enlever successivement la substance grise. La substance blanche apparaît alors sous forme de crêtes dures et résistantes, tandis qu'à l'état normal le même emploi du scalpel ne pourrait jamais produire le même effet.

De plus, indépendamment de ces lésions visibles à l'œil nu, il en est d'autres qui ne peuvent être vues qu'à l'aide du microscope. Mr Calmeil l'a constaté dans ses études. Ces études ont été continuées par Mr Magnan, qui en a fait sa thèse et un mémoire couronné par l'académie de médecine. Il résulte de ces différents travaux qu'il y a deux lésions successives dans la paralysie générale : la première consiste dans l'épaississement

Tel est l'exposé anatomique de ces lésions. Il en est du cerveau, comme du foie dans la cirrhose, comme du rein dans la maladie de Bright. Cette assimilation a été confirmée par les études faites avec le microscope. Que voit-on, en effet, dans la paralysie générale des aliénés ? On voit une première période dans laquelle il y a des lésions dans le cerveau : plus tard, la démence survient, l'affaiblissement survient, quelques attaques et un commencement de ramollissement. plus tard, arrive un anéantissement complet qui coïncide

Ce qui est remarquable, c'est que ces lésions n'existent pas seulement dans le cerveau, mais dans la moëlle. Il en résulte que certains paralytiques présentent les symptômes des maladies médullaires. On trouve ces lésions bien plus prononcées encore dans la moëlle que dans le cerveau et se présentant sous forme incidente.

Vous voyez donc, Messieurs, que l'anatomie pathologique de la paralysie générale, depuis quelques années, s'est perfectionnée, grâce à l'emploi du

microscope et que l'on a pu arriver à une assimi=
=lation entre l'atrophie du cerveau et celle du foie.
Le pronostic de la paralysie générale est très-grave.
Comme je vous l'ai déjà dit cette maladie est toujours
mortelle. On a cité des exemples de guérison très-
considérables, qui tiennent très-probablement à
des erreurs de diagnostic. Il est très-probable qu'on
découvrira que ces faits n'appartiennent pas à
la paralysie générale. Cependant il ne faut pas
porter ce diagnostic d'une manière absolue. Tandis
qu'il y a une quinzaine d'années les médecins
spécialistes affirmaient que la paralysie générale
des aliénés était toujours mortelle dans l'espace
de trois ans au plus. Aujourd'hui l'on est plus
réservé. Il est des cas qui peuvent durer six
ou sept ans et cette durée augmenterait peut-être
si l'on tenait suffisamment compte des prodromes
fait à cet effet. Dater la maladie du moment
de l'entrée des malades dans les asiles, et on ne
tient pas assez compte de la période qui a précédé,
soit sous la forme paralytique, soit sous la
forme de simple excitation maniaque, de désordre

des actes. Dans ces diverses circonstances la période prodrômique peut être très-longue.

Quoi qu'il en soit, le pronostic de cette maladie est très-grave, la mort en est la conséquence obligée.

Cependant le médecin ne doit jamais perdre de vue la possibilité de rémissions et des rémittences. quand on a affaire à un malade exposé à rentrer dans sa famille, à y faire des actes publics, un testament etc. Il importe que le médecin ne soit pas absolu dans son pronostic et, tout en affirmant la possibilité qu'il y aura une rechute, le médecin ne doit pas s'exposer à toutes les conséquences qui résulteraient de l'ancien pronostic.

Le pronostic de cette maladie étant si grave, il y a peu de chose à dire sur son traitement. Cependant pour être efficace et pour chercher à en atténuer les funestes effets, le traitement doit être pris à l'origine. Lorsqu'on considérait cette maladie comme de nature congestive, le traitement antiphlogistique était employé avec une grande vigueur. On saignait les paralytiques, on leur appliquait des ventouses à la nuque, des sangsues à l'anus, mais l'expérience a

démontré aujourd'hui que ces moyens surtout les saignées, étaient souvent nuisibles. Elles semblent augmenter la congestion et les malades que l'on saigne beaucoup arrivent plus rapidement à la démence. Il ne faut donc pas avoir recours aux saignées générales; mais les saignées locales, les ventouses, peuvent avoir leur application, lorsque le malade est d'un tempérament sanguin et n'est pas trop affaibli pour pouvoir les supporter. Dans d'autres circonstances on a recours aux purgatifs et aux révulsifs; ils sont d'une grande utilité, lorsque le malade est très-agité ou congestionné, lorsqu'il a un appétit vorace, lorsqu'il se livre à des mouvements nombreux et irréguliers; alors on peut arriver, à l'aide de ces moyens, à calmer sa grande surexcitation. Dans d'autres circonstances, surtout au début, on peut employer les cautères, les sétons, les vésicatoires; mais ces moyens n'ont pas toujours un effet bien évident. Il n'en est pas de même de la digitale. Elle a été conseillée par des médecins étrangers et a donné de véritables succès.

En administrant la digitale, on arrive fréquemment à calmer l'intensité des symptômes cérébraux ; on calme même l'intensité des phénomènes paralytiques ; on a vu des rémissions survenir sous cette influence.

On a encore employé beaucoup d'autres moyens par exemple le cautère actuel à la nuque. Mon père a fait des expériences, à l'aide de ce moyen, chez les hommes et chez les femmes, et dans quelques cas il est arrivé à déterminer une suspension très-manifeste de la maladie ; mais, la plupart du temps, après plusieurs mois de suspension, la maladie revenait avec une nouvelle intensité. Il en est ainsi de la plupart des moyens employés contre la paralysie générale. Aussi se contente-t-on en général d'un traitement hygiénique. On soustrait les malades à l'influence des causes qui ont pu déterminer la maladie. On fait de la médecine hygiénique plutôt que de la médecine active. Cependant, il y a quelques indications utiles à donner relativement à des symptômes particuliers. Les attaques convulsives et congestives disparaissent d'elles-mêmes, en général. La plupart

de temps, les malades reviennent à eux, au bout d'un certain temps; dans d'autres circonstances, l'attaque peut entraîner la mort. Le traitement doit être puisé dans les révulsifs et dans les purgatifs.

Vous voyez, Messieurs, que la thérapeutique n'est guère possible vis-à-vis d'une maladie aussi grave.

Cependant il ne faut pas se désespérer, les analogies entre cette atrophie du cerveau et d'autres affections peuvent nous conduire à employer certains remèdes; ainsi: l'iodure de potassium qui est employé dans bien des maladies où existent des lésions.

Ce médicament pourrait être employé avec succès dans la paralysie générale des aliénés, ou du moins l'analogie nous y conduit. Plusieurs personnes ont eu recours au bromure de potassium.

Depuis lors, ce médicament est devenu à la mode, employé surtout dans l'épilepsie. Ce serait le cas de renouveler des expériences dans la paralysie générale des aliénés, maladie considérée jusqu'à ce jour comme incurable.

J'ai parcouru, Messieurs, très-rapidement les divers symptômes de cette affection dans un résumé rapide et cependant suffisant pour vous donner une idée exacte de son importance et de ses caractères principaux. Vous êtes arrivés vous-mêmes à vous convaincre, Messieurs, que cette maladie était une affection spéciale, qu'elle n'était pas une complication de la folie, mais qu'il fallait y voir réellement une forme tout à fait spéciale qui a son individualité depuis son début, qui existe depuis l'origine, dont l'évolution ultérieure peut être prévue dès l'appa=rition des premiers symptômes et qui peut être suivie ultérieurement jusqu'à la mort, à travers ses diverses phases. Or, cette étude qui date d'une quarantaine d'années, est un exemple précieux qui doit servir de modèle pour l'étude des autres formes des maladies mentales. Nous avons là, en effet, un type saisissable, caractérisé par des lésions anatomiques et par une marche déterminée, qui réunit tous les caractères d'une véritable forme naturelle telle qu'elle devrait exister dans une science digne de ce nom. Ce type doit nous encourager et

vous servir de modèle, et nous pouvons espérer arriver plus tard dans les autres variétés des maladies mentales à des descriptions aussi exactes et aussi scientifiques.

Nous y sommes déjà arrivés, Messieurs, pour plusieurs d'entre elles, par exemple, pour la folie circulaire ou à double forme. Cette maladie, qui consiste, comme je vous l'ai déjà dit plusieurs fois, dans une alternative régulière ou une succession non interrompue de la manie et de la mélancolie, se représentant successivement comme sous forme de cercles. Cette succession est un autre exemple, qui une fois reconnu, permet de diagnostiquer cette forme spéciale au milieu des autres variétés de la folie. Il en est de même du délire de persécution, qui a, lui aussi, ses prodromes, sa marche déterminée, ses caractères propres sur lesquels j'ai insisté, et qui vous permettent de le reconnaître dès son début. Dans toutes les variétés de la folie, en dehors des états de mélancolie, de manie ou de démence, c'est dans cette voie que nous devons chercher à marcher ; et, par une étude attentive,

nous devons arriver à observer les maladies mentales comme les autres maladies. Au lieu de nous borner à des généralités vagues sur la folie en général, il faut faire en sorte qu'une science plus avancée nous permette de découvrir enfin des formes et des espèces vraiment distinctes et vraiment naturelles.

13.e Leçon.

Samedi 16 Janvier 1869.

Messieurs,

La paralysie générale est une maladie nouvellement connue dans la science, car il n'y a que 40 ou 50 ans qu'on a commencé à l'observer avec les caractères qui lui sont propres. C'est à Charenton que les premières études sur cette maladie ont été faites. Ce sont les élèves de Charenton qui, les premiers, ont donné des descriptions très-exactes de cette maladie spéciale. Leurs descriptions étaient tellement précises, tellement exactes, qu'aujourd'hui, après 40 ans d'études sur ce sujet, on peut retrouver dans leurs ouvrages, des documents précieux conformes à l'observation actuelle.

Bayle, le premier, dans sa thèse, en 1822, a décrit cette maladie sous le nom d'arachnitis

chronique. Quatre ans plus tard, il a donné des développements à sa description, et dans son ouvrage "Traité des maladies mentales", premier volume "Méningite chronique", il a fait une véritable mo=nographie sur cette affection. A la même époque, Mr. Calmeil, aujourd'hui médecin en chef à Charenton, a publié un livre intitulé: "De la paralysie générale", monographie également très-précieuse. Delaye, élève d'Esquirol, a fait, en 1824, une thèse sur le même sujet. Ainsi, vers la même époque, plusieurs auteurs distingués se sont occupés de cette maladie restée jusque là inconnue. Les ouvrages de Pinel étudiés avec le plus de soin, ne contiennent pas un seul passage qui puisse être appliqué à cette maladie. Il existe seulement un ouvrage d'un anglais, John Haslam, renfermant une description qui paraît assez exacte.

Depuis la publication des travaux de Bayle de Calmeil, de Dalaye, l'attention a été fixée sur cette forme particulière de maladie mentale. Esquirol lui-même qui, dans son article du dictionnaire des sciences médicales en 1816, avait à peine mentionné

la paralysie et uniquement comme complication de la folie, à côté du scorbut et de la phthisie pulmonaire, a étudié avec beaucoup de soin cette maladie mentale, et dans son ouvrage publié en 1838, il a donné une description très-exacte et très-conforme à l'observation actuelle.

D'autres auteurs, en France, se sont occupés de cette maladie : parmi eux M. Foville, M. Parchappe qui a fait à ce sujet de nombreuses autopsies. Dans un ouvrage intitulé : Traité des maladies mentales, Documents nécroscopiques, et plus tard, dans une brochure, il a traité la question avec détails.

A cette époque, dans les vingt premières années de l'étude de la paralysie générale, tout le monde ou presque tout le monde considérait cette maladie comme une simple complication, ou même comme une terminaison de la folie. On n'était pas encore arrivé à l'idée que nous avons aujourd'hui de voir en elle une forme complètement distincte, une maladie tout à fait spéciale. Cependant M^r. Parchappe s'est rapproché

davantage de cette opinion. Il a admis un certain nombre de cas de complications, mais la plupart des faits cités par lui, il les a considérés comme appartenant à une maladie spéciale à laquelle il a réservé le nom de folie paralytique; idée déjà émise par Bayle dans son premier ouvrage.

A partir de 1845, environ, une nouvelle phase s'est produite dans l'étude de cette maladie. Au lieu de se borner de l'étudier dans les asiles d'aliénés, on a fait des observations dans quelques hôpitaux ordinaires de Paris. MM Requin, Sandras, Brière de Boismont, Duchenne (de Boulogne) ont publié successivement des ouvrages dans lesquels la paralysie générale a été étudiée sans complication avec les états de folie ou du moins dans des états de démence si peu prononcée que le trouble des facultés intellectuelles pouvait presque être contesté.

A la même époque, Mr. Baillarger qui se trouvait en quelque sorte sur un terrain mixte, d'une part observait à la Salpêtrière, et de l'autre dans les hôpitaux de Paris, a tenu compte des deux ordres d'observation différents. Il est arrivé à cette conclusion

que la paralysie générale, au lieu d'être considérée comme une complication de la folie devait l'être comme une maladie spéciale, distincte, mais dans laquelle la paralysie était le phénomène principal, tandis que le délire était le phénomène secondaire. Il a ainsi cherché à concilier deux opinions déjà en présence dès cette époque : d'une part, celle des médecins qui observaient dans les hôpitaux ordinaires, affirmant que la paralysie générale pouvait exister sans délire et durer de longues années sans troubles intellectuels, et d'autre part celle des aliénistes soutenant que la paralysie ne survenait que comme complication d'une folie ancienne. Entre ces deux opinions, Mr. Baillarger, suivi par Mr. Lunier, dans un mémoire publié en 1849, a proclamé que la paralysie générale était toujours suivie de démence, de délire, mais qu'ordinairement la paralysie était le phénomène primitif, le phénomène principal. Il a ainsi fait la part des deux opinions qui régnaient à cette époque.

Depuis lors, des études plus attentives ont

été faites, non-seulement en France, mais en Allemagne et dans d'autres pays de l'Europe, et l'on est arrivé aujourd'hui, généralement, à détacher, de plus en plus, la paralysie générale de la folie, à la considérer comme une maladie spéciale, ayant son anatomie patho-logique, ses symptômes physiques et ses symptômes moraux, et méritant par conséquent une description particulière dans le cadre nosologique.

C'est à ce point de vue que nous allons nous placer nous-mêmes aujourd'hui; seulement, nous devons faire une réserve importante à cet égard; c'est que si la paralysie générale est une maladie spéciale, c'est à la condition d'établir avec soin le diagnostic différentiel, de séparer soigneusement la forme spéciale dite paralysie générale, des états cérébraux chroniques qui s'en rapprochent, mais qui méritent d'être classés dans d'autres catégories. C'est à cause de cette confusion qui a lieu encore aujourd'hui trop généralement, que la question de l'unité de la paralysie générale est encore contestée. C'est parceque beaucoup de médecins embrassent sous ce terme générique des états très-divers et tout à fait disparates, qu'ont

arrive à la confusion. On réunit, en effet, sous ce même nom vague et élastique des états cérébraux divers; il n'est donc pas étonnant qu'on trouve des lésions très-diverses et des symptômes divergents. On ne peut arriver à une description véritablement typique et spéciale qu'à la condition d'éliminer un certain nombre de cas, et de les faire rentrer dans d'autres affections cérébrales.

Pour faire cette étude d'une façon clinique, il faut distinguer avec soin la première période de la maladie de ses périodes ultérieures. C'est surtout à la première période, que les différences entre les divers malades sont très-saillantes. Si l'on observe les débuts de la paralysie générale on trouve parmi les malades atteints de cette maladie des différences extrêmement tranchées, et il devient dès lors difficile de comprendre comment ces malades si différents peuvent être classés dans la même catégorie morbide. Mais plus tard, quand la maladie a marché, dans les périodes ultérieures, les analogies deviennent plus prononcées, les points de contact deviennent plus nombreux. Il

est facile de le comprendre : l'unité de la maladie provient de sources diverses, c'est comme un grand fleuve vers lequel viennent aboutir les ruisseaux, puis les rivières qui d'abord isolés convergent vers le même but, avant d'arriver à la mer. Il y a des différences de début qu'il faut distinguer et étudier avec soin et qui n'empêchent pas de reconnaître l'unité ultérieure de la maladie.

Il faut d'abord remonter dans le passé des malades. Il ne faut pas se contenter de les observer, lorsqu'ils sont amenés dans les asiles, il faut reconstruire tout leur passé, soit à l'aide des documents qui vous sont fournis, soit à l'aide des renseignements que le malade lui-même peut communiquer au milieu de son délire. Alors on arrive à découvrir que, quoique la maladie paraisse récente, elle remonte souvent à une époque déjà très-éloignée, qu'on aurait pu constater plusieurs années avant l'explosion définitive certains faits dénotant d'abord une prédisposition et même une période prodromique.

Mr. Baillarger et plusieurs autres auteurs ont insisté sur ce fait que, le plus souvent, la

paralysie générale était une maladie accidentelle, qu'elle n'était pas liée à la constitution première des individus, qu'elle était due à des congestions, lesquelles pouvaient être provoquées, ou par certaines professions, comme celles de chauffeur, de cuisinier, professions qui rapprochent les individus du feu, ou à des congestions spéciales; que quelquefois elle pouvait être due à la sup=pression des règles, des hémorrhoïdes, à des causes qui amènent et déterminent la congestion du sang vers le cerveau. Le fait est sans doute très-général, mais il est loin d'être constant, et il y a des cas assez nombreux dans lesquels on peut dire que les individus étaient depuis très-long temps prédisposés à la paralysie générale. On trouve, en effet, dans la société des hommes qui, par leur caractère, par leurs actes par leur conduite peuvent permettre au médecin expérimenté de prévoir, non pas avec certitude, mais avec probabilité l'explosion ultérieure de cette maladie mentale.

Quel est le caractère de ces hommes?

Il consiste dans une très-grande activité,

mais dans une activité irrégulière. Ils sont ordinairement bons, bienveillants, d'un caractère doux et facile, mais extrêmement fantasques, irréguliers dans leurs actes et dans leur conduite. Ils ont un grand besoin d'activité qui quelquefois même leur est utile et leur permet de réussir avec éclat dans leur profession, dans la direction où ils sont lancés. Mais à côté de cette activité utile, il y a une activité désordonnée et fatale. Pendant que ces hommes se livrent à des occupations nombreuses, incessantes et peuvent faire prospérer leur fortune, ou même faire quelques découvertes remarquables quand, par exemple, ils sont lancés dans la direction des sciences, en même temps ils commettent des actes très-étranges, bizarres, dont sont étonnés ceux qui les entourent. Ils sont sujets à des colères, à des violences sans motifs, ou sans rapport suffisant avec le motif qui les provoque. Ils font des scènes inattendues, violentes, souvent en public, dans les moments les plus inopportuns, de manière à frapper de surprise et de stupéfaction tous les assistants.

Quand on interroge les parents des paralytiques,

on trouve toujours dans leur passé quelque scène de ce genre qui a frappé tout le monde au moment où elle s'est produite, mais qui est passée ensuite inaperçue.

Les malades se livrent souvent à des excès, à des actes bizarres ; ils entreprennent, par exemple, des voyages lointains, si leur situation sociale le permet. Ils dorment très-peu ; ils sont constamment en action, mais dans une action irrégulière ; ils peuvent suffire à une dépense de forces extraordinaire, et souvent les excès considérables auxquels ils se livrent, ne les empêchent pas de faire des travaux productifs ou sérieux. Il y a chez eux une exubérance de forces et d'activité mal dépensée qui est le trait caractéristique de cette période prodromique.

Plus tard ces symptômes deviennent encore plus évidents, et les malades se livrent alors à des actes qui peuvent plus facilement attester le trouble de l'intelligence. C'est à cette période que fréquemment les uns font fortune quand, par exemple, ils sont dans le commerce ou dans les affaires ; les autres dans des conditions plus inférieures

de la société, se livrent à des excès de tout genre et se font arrêter pour délit de vagabondage, ou pour ne pas avoir payé leur consommation dans un café, enfin pour des actes qualifiés crimes ou délits.

Mr. Brière de Boismont a publié dans les annales d'hygiène un travail très-intéressant au point de vue médico-légal, dans lequel sont rapportés un grand nombre d'observations qui indiquent la nature des actes auxquels se livrent principalement ces aliénés. Ils ont presque tous le même caractère : ce sont des actes inconsistants, portant sur des faits peu importants de l'existence. Ainsi, comme je vous le disais, le malade commet, par exemple, un vol à la devanture d'une boutique, il s'empare d'un objet qui ne lui appartient pas ; il lui semble naturel de le prendre, de l'emporter ; il ne songe pas aux conséquences de son action ; ce sont des actes insignifiants, déraisonnables, sans motif d'intérêt. D'autres font des collections d'un grand nombre d'objets, se livrent à des achats par dizaine ou par douzaine. Souvent, après leur arrestation, on trouve chez eux des collections d'objets sans intérêt, faites uniquement sous l'influence

de la maladie. C'est dans ces conditions qu'on les arrête le plus souvent à Paris. Là, il n'est pas possible de permettre des actions de ce genre, plus facilement tolérées dans les campagnes ou dans les provinces, parceque tout le monde s'y connait, et on n'y conduit pas les aliénés devant les tribunaux pour si peu de chose.

Ainsi, vous le voyez, il y a une période prodrômique de la paralysie générale qui souvent remonte très-loin, à plusieurs années, par exemple, avant l'explosion évidente de la maladie. Mais, après cette période prodrômique, la maladie peut changer de forme, et se présenter au médecin sous un aspect très-différent. Pour bien étudier cette période, il faut admettre l'existence de quatre variétés de début. Dans deux de ces variétés, dominent les symptômes physiques, dans les deux autres dominent les symptômes intellectuels et moraux. La variété à laquelle se rattache la période prodrômique, dont je viens de parler, conduit plus rapidement aux asiles d'aliénés; c'est la variété expansive, ou active de la paralysie générale

dans laquelle dominent les actes délirants. Mais, à côté, il y a la variété mélancolique, la variété paralytique et la variété congestive. Il faut étudier successivement ces diverses variétés, pour bien connaître les débuts de la paralysie générale, sous ses diverses formes.

Certains malades, au lieu de commencer par le désordre des actes, par des troubles de conduite, com:-mencent par éprouver une période d'affaissement, de prostration extrêmement profonde, une véritable période mélancolique. Ils sont tellement affaissés, tellement affaiblis physiquement, qu'ils éprouvent le besoin de rester au lit; ils ne peuvent presque plus supporter le poids de leur corps, leurs membres sont dans l'affaissement le plus profond, et le malade lui-même accuse un sentiment de fatigue, d'épuisement. La prostration morale se joint à cet état physique. Souvent, à cette époque, les malades éprouvent un grand dégoût de l'existence qui peut aller jusqu'au penchant au suicide; ils éprouvent des conceptions hypochondriaques sur lesquelles Mr. Baillarger a particulièrement insisté. Ils se croient perdus, condamnés à mort, ruinés atteints d'une maladie mortelle, et

leur faiblesse physique est tellement grande, qu'elle semble justifier leurs prévisions et leurs craintes. Quelques-uns de ces malades restent des mois, d'autres quelques semaines seulement dans cette période prodrômique de la forme mélancolique. Je le répète, Mr. Baillarger, dans ces dernières années, a beaucoup insisté sur cette forme prodrômique de certaines paralysies générales. Cette observation est très-exacte dans un certain nombre de cas. On trouve même dans les ouvrages de Bayle et de Calmeil, parmi les observations rapportées par ces auteurs, quelques cas dans lesquels on a noté l'existence d'une période mélancolique ayant précédé la période d'excitation. Ce fait s'observe souvent dans les asiles; il faut le rechercher quand on prend l'observation détaillée d'un aliéné paralytique. Mais, le plus souvent, après cette période prodrômique plus ou moins longue, le malade reprend peu à peu ses occupations, semble revenir à son état normal, avoir oublié l'état d'affaissement dans lequel il a été pendant quelques mois, les idées mélancoliques qui l'ont dominé, et peu à peu, comme dans la folie circulaire, le malade reprend une activité

de plus en plus grande et de plus en plus caractérisée. Il passe alors avec une assez grande rapidité, quoique par des transitions successives, de la mélancolie à l'état d'excitation et l'on voit survenir peu à peu les actes et les paroles que j'ai indiqués comme signes prodromiques de la variété expansive.

Alors, la maladie reprend sa marche naturelle et son cours, conformément aux cas les plus ordinaires, et l'on voit, après une période mélancolique plus ou moins longue, survenir de l'activité, une activité fébrile, puis l'excitation qui arrive bientôt au degré de délire des grandeurs. Le malade fait des achats considérables; il se livre à des actes désordonnés; il commence à se croire très-fort dans sa profession; il entre dans la voie de la satisfaction, des grandeurs; cette variété mélancolique rentre donc alors dans la variété expansive dont j'ai parlé précédemment.

Il en est autrement des deux autres variétés dans lesquelles dominent les symptômes physiques. Ce sont ces deux variétés qui ont fait le plus d'illusion, et causé le plus d'erreurs dans l'histoire de la paralysie générale.

Commençons par la variété la plus spécialement paralytique. C'est celle qu'on observe dans les hôpitaux ordinaires, et qui a reçu le nom de paralysie générale progressive sans délire. Elle peut avoir un début et une marche très-lente et durer longtemps avant d'aboutir à une période ultérieure. C'est ordinairement dans la première période que les malades entrent dans les hôpitaux ordinaires, ou bien sont examinés par les médecins dans leur pratique civile, et donnent lieu à ces confusions qui ont fait l'objet de tant de discussions, depuis 20 ou 25 ans. Les malades atteints de la variété de paralysie générale sans délire, se présentent d'eux-mêmes au médecin; ils ont conscience de leur état; ils sentent que leurs mouvements s'affaiblissent, que leur parole se suspend, qu'ils ne sont plus capables des actes qu'ils accomplissaient autrefois; ils ont conscience que leurs mains laissent tomber facilement les objets, qu'ils ne les saisissent pas avec précision, qu'ils ne peuvent plus accomplir certains actes délicats qu'ils exécutaient autrefois facilement, comme l'action d'écrire, de se livrer à

certains métiers exigeant une grande délicatesse de toucher. Les malades sentent en même temps de la faiblesse dans les jambes, souvent ils butent contre le moindre obstacle, souvent aussi ils éprouvent dans les bras des engourdissements, des fourmillements, symptômes qui se rapprochent de ceux qui accompagnent certaines maladies de la moëlle épinière.

D'autres fois, ils ont des étourdissements, du vertige, du délire, des phénomènes du côté de la vue, de l'ouïe ou de l'odorat, des symptômes cérébraux qui se rapprochent de ceux dus aux affections cérébrales. En même temps ils éprouvent des préoccupations pénibles hypochondriaques; ils se sentent malades; ils éprouvent de la douleur, en songeant qu'ils sont obligés d'a=bandonner leur profession ou leur état, qu'ils ne pourront plus subvenir aux besoins de leur famille ou de leur propre existence. Ils sont très-préoccupés de leur situation mentale, non-seulement ils en ont conscience, mais ils l'exagèrent au point de vue des phénomènes actuels. Les malades viennent donc, avec toutes les apparences de la raison, consulter les médecins. ils leur exposent parfaitement les symptômes qu'ils

éprouvent et en rendent compte. On peut prendre des notes sous leur dictée et obtenir d'eux des renseignements très-précis sur les sensations qu'ils éprouvent. Ils ne semblent pas aliénés.

Mais si l'on pousse plus loin l'observation, si l'on interroge la femme, le mari, les enfants, ou les personnes qui vivent avec les malades, on trouve que, dès cette époque, il y a quelques phénomènes de trouble intellectuel. Très-souvent ces malades ont des absences : quand ils jouent aux cartes par exemple, ou quand ils écrivent, ils oublient ; ils ne sont pas capables de faire ce qu'ils faisaient autrefois : en écrivant ils sautent des mots, ils ont des lacunes. Aussi bien dans les paroles que dans les actes, on constate les mêmes faits, et déjà dans cette période, ils éprouvent les symptômes principalement paralytiques, et l'on peut constater quelques-uns des actes que j'ai signalés dans la période expansive. On a vu quelques-uns de ces malades se livrer, dès cette époque, à des actes qui les conduisent devant les tribunaux, soit pour des délits, soit pour des faits plus graves.

Le caractère lui-même se modifie. Les malades deviennent d'une sensibilité excessive, impressionnables, colères, disposés à l'action, très-différents d'eux-mêmes selon le moment. Leur volonté s'affaiblit comme leur intelligence, ils sont faciles à gouverner, à dominer, ils se laissent diriger par le premier venu, et souvent alors même qu'autrefois ils avaient un caractère très-énergique, ceux qui les ont connu avant le début de la maladie, peuvent constater une grande différence dans leur caractère et dans leur volonté, comme dans leur intelligence. Le plus souvent donc, dans cette variété paralytique, on peut trouver, dès la première période, des signes de trouble intellectuel ou de démence commençante.

Il est quelques cas pourtant dans lesquels l'intelligence paraît conservée; ce sont les cas sur lesquels on a appelé dans ces dernières années l'attention, soit en Allemagne, soit en France. Ces cas débutent par des phénomènes analogues à ceux des maladies de la moëlle épinière.

Mr. Westphal à Berlin, et Mr. Magnan à Paris, ont fait des travaux très-intéressants sur les débuts médullaires de la paralysie générale. Il arrive

assez souvent, en effet, que dans la première période de cette maladie, on constate des phénomènes analogues à ceux des maladies de la moëlle ; des engourdissements dans les pieds, dans les doigts, des fourmillements, des sensations anormales, analogues à celles indiquées par le mot anesthésie, alternant avec l'hypéresthésie, de la paraplégie incomplète, bien plus prononcée que dans les autres cas de paralysie générale.

En parlant de l'anatomie pathologique de cette maladie, je reviendrai sur ces cas particuliers dans lesquels la maladie semble débuter par la moëlle pour remonter vers le cerveau, tandis que, dans la plupart des cas, elle débute par le cerveau et ultérieurement se prolonge vers la moëlle. Les études microscopiques ont permis de suivre ce travail intime de la substance nerveuse, et de montrer qu'il y a réellement altération de cette substance nerveuse de la moëlle épinière se prolongeant jusqu'au cerveau.

Cette variété de la paralysie est ordinairement très-lente dans son évolution. Le malade peut rester plusieurs années dans cet état, exempt de délire,

et quelques-uns même peuvent arriver à la démence simple, c'est-à-dire à l'affaiblissement intellectuel, sans jamais aboutir à la folie véritable, c'est-à-dire au trouble complet des facultés intellectuelles. Il y a donc des variétés qui se terminent par une simple débilité intellectuelle, sans arriver jamais à la folie maniaque, monomaniaque ou mélancolique.

La variété congestive mérite encore d'être signalée comme quatrième mode de début de la paralysie générale. Dans cette variété, les malades présentent, dès le début, la plupart des symptômes caractéristiques de la congestion cérébrale ou des ramollissements du cerveau. Dès la première période, ils ont des maux de tête des signes évidents de congestion à la face et au cerveau, et ces congestions se manifestent, le plus souvent, par de légères pertes de connaissance, par de petites attaques très-légères, très-incomplètes, très-fugaces qui souvent même passent inaperçues, mais qu'on retrouve fré=quemment dans les antécédents des malades. Dans d'autres cas, ces attaques, plus ou moins évidentes, prennent la forme épileptique ou épileptiforme convulsive. Mais alors il y a une différence fondamentale

entre ces attaques et celles des maladies ordinaires du cerveau. Quelqu'intenses que soient ces attaques, elles sont passagères; les malades s'en relèvent rapidement; ils peuvent avoir la parole plus ou moins paralysée, l'intelligence plus ou moins affaiblie par l'attaque, mais quelques heures ou quelques jours après, ils reprennent presque leur état antérieur; leurs mouvements recouvrent leur liberté, l'intelligence reprend son activité, et les malades semblent n'avoir rien éprouvé. Il faut du moins être habile dans l'observation pour constater s'ils ont baissé intellectuellement ou physiquement.

Mais, après plusieurs attaques légères, le malade perd la mémoire; il oublie les choses récentes; il se rapproche alors de la catégorie des démences apoplectiques: en même temps, des symptômes physiques se manifestent du côté des sens: la vision peut être plus ou moins altérée ainsi que l'audition et l'odorat. Il y a dans ces formes congestives des troubles des sens qu'on ne rencontre pas dans les autres formes de la

paralysie générale. De même, on peut observer des fourmillements, des engourdissements, des sensations analogues à celles des affections organiques du cerveau. Mais, ce qui distingue des autres cette variété, c'est l'inégalité de sa marche; les symptômes vont et viennent, paraissent et disparaissent, ils ont une grande inconstance. Au lieu de rester fixes, comme dans les affections cérébrales ordinaires, ils sont flottants divers, et le même malade vu à quelques jours de distance, présente un tableau symptômatique tout différent. Après un certain temps, la maladie progresse vers la paralysie et la démence et très-fréquemment survient un trouble mental analogue à celui de la variété expansive. Le malade a alors des idées de grandeur et de satisfaction, et arrive à un état maniaque qui force à l'isoler dans un asile. C'est dans ce cas, qu'on a pu dire que la paralysie générale succède à l'apoplexie, à des ramollissements du cerveau, ou à l'épilepsie, mais alors, l'on n'avait eu affaire d'abord qu'à des états symptômatiques de la première période de paralysie générale, se manifestant sous forme congestive.

Ainsi, Messieurs, nous voici arrivés à la période dans laquelle les malades entrent dans les asiles d'aliénés. Nous les avons pris à leur origine, nous les avons vus à l'état prodromique et ceux de la période de début que nous avons divisé en quatre variétés : deux intellectuelles, la variété expansive et la variété mélancolique : deux variétés plus spécialement physiques, la forme paralytique et la forme congestive. En tenant compte de ces quatre variétés dans la description des débuts, on arrive à être plus près de l'observation vraie, et à comprendre comment, en partant de divers points très-divergeants, ces malades aboutissent, en définitive, à un même état susceptible d'une description uniforme.

Dans la prochaine séance, j'aborderai l'étude de la paralysie générale, à partir du moment où les aliénés entrent dans les asiles.

14e Leçon.

Mardi 19 Janvier 1869.

Messieurs,

Je vais continuer aujourd'hui l'étude de la paralysie générale des aliénés, ou, folie paralytique. Je me suis arrêté à la dernière leçon, au moment où les paralytiques, partis de points divergents, arrivent à un même état physique et moral, et entrent dans les asiles d'aliénés. C'est à cette période que le médecin aliéniste commence à les étudier. Il les trouve alors dans des conditions à peu près analogues. Cependant, il est bon de vous dire qu'ils diffèrent les uns des autres d'une manière sensible. Il faut tenir compte à la fois des caractères communs et des caractères différentiels. Les premiers sont plus nombreux que dans la première période dont j'ai indiqué les variétés extrêmement différentes; mais ces caractères communs comportent néanmoins des diversités assez nombreuses

qui permettront plus tard d'arriver à décrire des variétés dans la marche de la maladie aussi bien après l'entrée qu'avant l'entrée dans les asiles.

Aujourd'hui, nous devons nous borner à insister sur les caractères communs, et nous indiquerons brièvement quelques-unes des différences qui pourront plus tard servir de base à la démons=:tration de variétés distinctes. Il faut étudier la paralysie générale dans sa première période, au point de vue des symptômes intellectuels et moraux, et des symptômes physiques. Il sera bon de suivre ces distinctions dans les diverses périodes successives de la maladie. Pour faciliter la description, nous admettrons trois périodes mal limitées, mal déterminées qui consistent souvent dans de simples différences de degrés; néanmoins il est important de les établir.

Ce qui fait le caractère principal de la paralysie générale comme forme distincte, ce qui la sépare de toutes les autres de la folie, c'est un certain fonds de démence ou d'affaiblissement in=:tellectuel. Les paralytiques se présentent sous

trois formes : monomanie ou délire limité, mélancolie et manie, c'est-à-dire qu'on retrouve dans cette maladie naturelle les trois formes reçues dans la classification actuelle : on y trouve des monomaniaques, des mélancoliques, des maniaques. Mais quelle que soit la diversité de forme, il y a un caractère commun d'affaiblissement intellectuel. Les malades présentent tous une faiblesse notable de l'intelligence.

Bayle qui le premier, en 1826, a décrit ces trois variétés, a admis que les paralytiques commen=
=çaient par être monomaniaques, puis devenaient maniaques, puis tombaient dans la démence. Cette succession est loin d'être régulière, elle se présente dans un certain nombre de cas, dans les cas types, mais elle n'est pas constante, et il est plus juste de dire que les paralytiques sont tantôt monomaniaques, tantôt maniaques, tantôt mélancoliques, mais toujours déments ; il y a toujours une part de démence.

Il faut donc quand vous avez sous les yeux un paralytique rechercher ces deux caractères principaux ; d'une part les idées prédominantes, manifestation apparente de la maladie, et rechercher d'autre part

la démence sous les apparences contraires.

La variété la plus fréquente, celle qui existe le plus souvent au début, c'est la variété monomaniaque, avec prédominance d'idées de satisfaction ou de grandeur. C'est la variété que jusqu'à présent on admettait comme unique, comme caractéristique. Les malades entrant dans les asiles expriment des idées de satisfaction et de grandeur ; au commencement ils se croient seulement très-forts dans leur profession. ils se bornent à arriver à un degré un peu supérieur à la réalité. Si vous prenez des malades appartenant aux classes ouvrières ils vous racontent qu'ils ont eu des succès considérables dans leur profession : un tailleur, un menuisier, un charpentier, un maçon, un cordonnier se croient très-forts dans leur état ; ils vous diront qu'ils gagnent des sommes considérables, par exemple 10 et 15 francs par jour, qui cependant sont admissibles. Les malades des classes élevées croient avoir fait des spéculations heureuses, avoir réussi dans leur commerce, être arrivés à une position de fortune admissible puisque certains individus dans les mêmes conditions y arrivent.

Le paralytique qui entre dans la voie du délire des grandeurs et de la satisfaction commence donc par se borner à se croire très-habile dans sa profession ou très-riche dans sa position; son délire repose sur des faits faux, mais il est encore compatible avec les possibilités de la raison, ce n'est pas un délire sou=
=verainement, absolument, complètement impossible.

Mais, chose remarquable, tandis que chez les monomaniaques ordinaires le délire reste longtemps stationnaire, au contraire, chez les paralytiques il y a des transformations extrêmement rapides. Dans un espace de temps très-court, le malade monte en grade augmente rapidement le degré de sa fortune ou de sa grandeur et arrive à des limites impossibles et irréalisables. S'il s'agit d'un simple militaire ou d'un officier qui croit avoir réussi dans sa profession, il commence, par exemple, par se croire capitaine; puis il arrive à être colonel, général, et parvient à la dignité royale ou impériale. Cette gradation est excessivement rapide. Chez certains malades on peut assister, dans l'espace de quelques jours, à ces transformations successives. Un malade vous aborde en vous racontant qu'il vient

d'être nommé colonel : quelques jours après, il est général, puis empereur.

Il en est de même pour les diverses professions. Un malade vous dit avoir gagné 3 ou 4.000 francs de rentes puis il arrive à des sommes considérables, fabuleuses, des millions, des milliards. Un malade se croit chanteur ; il s'imagine avoir une voix magnifique et veut vous en montrer la puissance. Il y a quelquefois du vrai ; il a, en effet, la voix remarquable, mais peu à peu il arrive à se croire, par exemple, chanteur à l'opéra. Dans toutes les directions vous trouvez la même gradation et la même gradation rapide. Cependant il est vrai de dire que quelques malades dont je parlerai appar=tiennent plus particulièrement à la variété débile, à la variété démente, ont des idées de satisfaction qui restent toujours dans des limites presque raisonnables, qui ne dépassent pas celles d'une satisfaction générale sans arriver aux idées de grandeur tout à fait exagérées. Ce qui est vrai des idées de grandeur, l'est également des autres variétés de conceptions délirantes qu'on observe chez les paralytiques. A côté des idées de

=pandeur, il est très fréquent de constater à cette première période, des conceptions délirantes de nature différente. Mr. Baillarger a insisté sur ce fait que quelques pa=ralytiques avaient des idées de nature hypochondriaque. Le mot n'est pas suffisant pour rendre compte de la variété des conceptions délirantes que les paralytiques peuvent avoir, il faut énoncer ces idées pour bien en faire comprendre la nature. Elles ne sont pas extrêmement nombreuses; il est donc facile de les énumérer.

Ainsi, les malades s'imaginent souvent que quelques-unes des parties de leur corps sont changées, qu'ils ont des membres de plomb, une tête de plomb; ou bien ils se croient transformés, ils se croient morts, ils affirment, en riant, qu'ils sont morts, qu'ils ont cessé d'exister. D'autres fois, ils croient avoir une mâchoire de cheval; ils s'imaginent que leur person=nalité est changée. D'autres fois, ils croient avoir ressuscité; ils croient avoir transformé Paris, avoir reconstruit Paris, avoir transformé les personnes ou les choses qui les entourent. En un mot, ils ont des conceptions qu'on peut nommer souverainement absurdes, c'est le seul mot qui, sous une forme générale, puisse

rendre compte de la nature de ces conceptions. Ce sont des conceptions en l'air, qui poussent dans l'esprit de ces aliénés, sans cause, sans raison et sans lien avec les autres idées existant dans leur tête. Ce sont des idées absolument impossibles, inadmissibles qui ne devraient pas résister un seul instant à l'examen de la raison. Malgré cela elles persistent plusieurs jours et même plus long temps dans leur esprit.

Quelques-uns de ces malades s'imaginent qu'ils ne peuvent avaler, qu'ils sont bouchés, que leur bouche est fermée, que leur estomac est obstrué et cela amène un refus d'aliments qui n'est pas très-persistant, mais qui peut se prolonger durant plusieurs semaines et donner lieu à des accidents assez graves. Ainsi rien que par la nature des idées, on peut juger de la nature particulière du délire chez les paralytiques.

Mais il faut entrer plus avant dans l'état mental profond des aliénés paralytiques. Alors, on découvre dans l'état général de leur in=telligence quelques caractères communs bien plus importants à connaître par le diagnostic. Ici,

l'état général du caractère, c'est la faiblesse ou la démence. Les paralytiques qui paraissent avoir l'intelligence la plus active, la plus profonde, la plus extraordinaire comme faculté d'invention, sont malgré cela très-faibles au fond; leurs idées, leurs conceptions sont frappées de nullité; elles pèchent par la base. Toutes ces conceptions, qu'elles soient de grandeur et de satisfaction, hypochondriaques ou mélancoliques, ont un caractère commun qu'on peut résumer en quelques mots.

Le premier caractère, c'est la multiplicité; elles sont extrêmement nombreuses. Dans un espace de temps très-court, on peut constater chez les paralytiques, à la période d'excitation aiguë, un grand nombre de conceptions variées qui se succèdent avec une grande rapidité. Vous avez vu un malade le matin, vous le revoyez le soir ou le lendemain, et il exprime de nouvelles idées. Chez les paralytiques les idées sont variées et tellement nombreuses qu'elles distinguent ces malades de la plupart des monomanes surtout de ceux arrivés à la période systématique dont j'ai parlé précédemment. Ainsi, en même temps

que le malade est empereur ou pape, il raconte la vie réelle son existence véritable. Il y a là un contraste considérable entre les idées imaginaires et les idées réelles que le malade ne peut pas apprécier. Donc premier caractère : multiplicité des idées délirantes.

Le second caractère, c'est la mobilité. Chez les aliénés atteints de délire partiel, les idées acquièrent de la fixité ; pendant plusieurs mois, on trouve une fixité relative ; quelquefois, pendant plusieurs années, les malades tournent autour d'une idée-mère ; ils peuvent sans doute en modifier beaucoup d'éléments, en changer des formes extérieures, mais le fonds est le même. Ainsi, ils sont religieux, ambitieux, érotiques, ou persécutés, et autour de cette idée-mère, ils groupent certains détails, certains développements compatibles encore avec l'évolution aiguë du délire. Plus tard arrive la période de systématisation ; les malades ne peuvent plus modifier leur délire et le répètent dans les mêmes termes et avec les mêmes expressions. Dans la paralysie générale il en est autrement. Vous croyez avoir sous les yeux un monomane, un mélancolique ou un malade

atteint de délire partiel, mais il n'y a pas de fixité dans le délire. Un jour, il est préoccupé d'idées de fortune; le lendemain, il est préoccupé d'idées de titres, de dignités; une autre fois, les conceptions délirantes tristes absorbent le malade. Il vous aborde, les larmes aux yeux, en vous disant qu'il vient de mourir, qu'il est mort, qu'il a perdu son père ou sa mère; un instant après, il exprime des idées d'orgueil, de satisfaction, comme s'il n'avait pas parlé d'idées tristes. Il y a une mobilité excessive dans le délire des paralytiques, et dans l'espace d'une heure quelquefois, on les voit passer par les idées les plus différentes et les plus opposées. Ainsi, mobilité du délire, voilà le second caractère.

Le troisième caractère, c'est l'absence de base du délire, l'absence de motifs, l'absence de logique dans la succession des idées. Les idées des paralytiques sont sans base. Elles germent, elles surgissent tout à coup, sans raison d'être, sans être motivées par les idées précédentes et sans être liées avec les idées ultérieures. C'est comme un fruit adventif, comme une plante parasite qui, tout à coup, surgit sur un sol qui n'est pas préparé à le recevoir ou à lui donner la nourriture et les aliments

suffisants, qui apparaît, qui surnage dans une intelligence où il n'avait pas élu préalablement droit de cité. Les idées des paralytiques surgissent tout à coup, apparaissent sans raison d'être, sans motifs, sans cause, et elles disparaissent de même. Elles sont souverainement absurdes, déraisonnables, et une intelligence même d'aliéné ordinaire ne pourrait pas les accepter et croire à leur vérité. L'aliéné atteint de délire partiel est plus raisonnable qu'il ne paraît l'être; avant qu'une idée prenne droit de cité dans sa tête, il faut des précédents, des préparatifs, il faut qu'elle soit amenée peu à peu, motivée, que le malade ait commencé par la combattre, la discuter et que peu à peu seulement, à la suite de diverses circons=tances qui lui ont servi de preuves, il soit arrivé à se convaincre lui-même de la réalité de cette idée qui semble absurde aux autres personnes. Chez le paralytique ce travail préparatoire n'est pas nécessaire; l'idée surgit sans motifs, sans raison, et le malade l'accepte sans contrôle, par cela seul qu'elle a surgi dans son esprit et elle s'évanouit sous l'influence d'une autre idée qui vient la remplacer.

Le quatrième caractère, conséquence du précédent, c'est la contradiction dans le délire. Non-seulement les idées prises isolément sont multiples, mobiles et sans but, mais comparées les unes aux autres elles sont contradictoires. Les malades énoncent, à la fois, plusieurs idées incompatibles entre elles; ils n'en sentent pas la contradiction; ils ne sont pas révoltés du contraste entre ces idées opposées. L'un dit, par exemple, en même temps qu'il est pape et empereur et ne cherche pas à concilier ces deux dignités antagonistes; il ne sent pas la contradiction comme la sentirait même l'aliéné atteint de délire partiel. Cependant, il arrive quelquefois que le paralytique, au début, sent la contradiction à un certain degré, surtout quand l'observateur la lui fait remarquer. Mais alors il lui suffit du motif le plus futile, pour chercher une relation entre les deux idées, et pour les rendre momen=tanément compatibles entre elles. On remarque alors chez lui ce phénomène singulier des réponses de circonstance. Le malade répond à l'objection qui lui est faite, mais d'une manière quelconque; peu lui importe la raison qu'il donne; dans un autre moment

il en donnera une autre. C'est une réponse de cir=
=constance, faite pour les besoins de la cause à
laquelle lui-même n'attache aucune importance, et
qui par conséquent peut changer dans un autre
moment. Si on lui renouvelle la même objection
cinq minutes après, il peut faire une réponse différente.
Ainsi, si on lui demande : comment avez-vous fait,
vous simple ouvrier, pour acquérir une si grande
fortune ? Comment, vous, tailleur, menuisier, êtes-
vous arrivé à avoir des millions ? Il comprend
l'objection et cherche à y répondre, en disant :
j'ai fait un héritage. C'est là une réponse en
rapport avec la question, pour concilier deux idées
incompatibles. Si vous renouvelez votre question
un instant après, la réponse sera différente, il dira :
j'ai épousé une princesse, ou bien, je suis roi.
Il justifie une conception délirante par une nouvelle conception
délirante ; il n'est pas frappé de la contradiction
des idées entre elles, et cherche le premier motif
venu pour les justifier.

Vous le voyez donc, les conceptions
délirantes des paralytiques, quelle que soit leur

nature hypochondriaque, mélancolique, ou tenant aux idées de grandeur ont toutes un même caractère commun : elles sont multiples, très-nombreuses, très-mobiles, absurdes en elle-même, sans base, sans raison d'être et enfin contradictoires entre elles. A l'aide de ces quatre caractères, on peut résumer d'une façon nette et claire le fonds du délire des paralytiques, et c'est ainsi que, dans un état en apparence mono=maniaque ou maniaque, on peut découvrir, dès la première période de la maladie, les signes incontestables de la démence, de la débilité intellectuelle.

Chacun sait que la coordination des idées, l'aptitude à généraliser, à rapprocher un grand nombre d'idées les unes des autres, pour s'élever à des inductions et à des généralisations de plus en plus élevées, est le signe des grands esprits, des génies philosophiques. C'est la plus grande preuve de force que puisse donner l'esprit humain. Eh bien, chez les paralytiques, cette coordination manque absolument. Les idées se produisent, sans que l'esprit du malade cherche à les coordonner et à les concilier entre elles. Ce travail qui se produit chez beaucoup d'aliénés atteints de délire

partiel, n'est pas possible chez les paralytiques. Par l'effet de la maladie cérébrale et la congestion cérébrale, ils sont devenus incapables de se livrer à ce travail énergique de l'intelligence humaine qui se possède complètement. Ainsi, tandis que les autres aliénés commencent à montrer quelques traces de faiblesse d'esprit, parceque les idées sont moins coordonnées, moins bien liées que dans l'état normal, les paralytiques présentent ce caractère à un haut degré, et ne peuvent arriver en rien, à coordonner leurs idées délirantes.

Ce n'est donc pas un travail stérile, purement philosophique ou métaphysique que celui de rechercher le caractère commun des conceptions délirantes chez les paralytiques, puisque c'est un moyen de diagnostic des plus précieux que nous puissions posséder. Jusqu'à présent, parmi les auteurs qui se sont occupés de la paralysie générale, on a cherché les éléments de diagnostic dans les symptômes physiques, dans le degré de la paralysie. C'est une chose importante pour le diagnostic différentiel d'ajouter des signes tirés de l'état mental à ceux tirés de l'état physique.

Indépendamment de cet état de conceptions délirantes qu'on peut nommer l'état monomaniaque il y a chez les paralytiques, même dans la première période d'autres variétés d'état mental. Il arrive fréquemment comme l'a dit Bayle, qu'à la suite de conceptions délirantes avec excitation se produit peu à peu ou assez brusquement une période réellement maniaque. Les malades arrivent alors à un degré d'excitation excessive qu'on pourrait nommer circulaire. Ils ont besoin de mouvement incessant, ne dorment presque jamais, peuvent passer plusieurs mois dans un état d'insomnie constante. Ils ont un besoin continuel de mouvement qui n'a pas de répit, ni jour ni nuit ; ils parlent constamment, répètent à tout venant leurs conceptions délirantes, qui se succèdent avec une excessive rapidité ; les idées pullulent dans leur tête, se remplacent, se succèdent sans interruption. Les mouvements sont aussi violents, aussi irréguliers que les conceptions délirantes ; les malades se déshabillent, déchirent, crient, vocifèrent ; ils ont toutes les manifestations extérieures de l'état maniaque. Le plus souvent cet état se prolonge longtemps et arrive à la seconde période, mais il fallait le signaler dans la première, où il

existe également.

Quelquefois le délire se présente sous une forme plus calme; il a le caractère que je viens d'indiquer, comme caractère commun, mais les malades se présentent sous la forme démente, débile. Ils ont commencé par perdre la mémoire, ont des absences, sont affaiblis intellectuellement d'une façon évidente, plus évidemment que les monomaniaques dont je parlais. Ils parlent peu, mais répètent constamment les mêmes idées et les mêmes phrases; ils disent constamment: "Je vais m'en aller; je vais me marier, demain; je vais sortir; je suis malade; je veux voyager." Il y a un certain nombre d'idées qui reviennent fréquemment chez eux, cela se voit surtout chez les femmes. A la Salpêtrière, parmi les femmes des classes inférieures de la société, on rencontre le plus souvent cette variété particulière qu'on peut nommer la forme démente ou la forme débile. Les malades continuent à se livrer à certaines occupations; ils peuvent encore travailler, faire des commissions, se rendre utiles dans l'intérieur de la maison, pour quelques travaux de ménage; ils n'ont pas les manifestations extérieures

de la manie, ni même du délire partiel : ils ont plutôt les caractères de la démence, des affections cérébrales ordinaires.

On observe alors des symptômes physiques très-marqués. Ainsi les pupilles sont inégalement dilatées, la parole est extrêmement embarrassée, signe physique sur lequel j'insisterai, on voit même quelques malades qui, dès cette première période, arrivent à être gâteux, phénomène qui ordinairement ne se produit qu'à des périodes ultérieures. Les malades ont surtout dans la physionomie un aspect qui peut servir de signe différentiel, il suffit de les voir arriver de loin, avant de les avoir interrogés, pour juger qu'ils sont paralytiques. Non-seulement par leur démarche, par leur attitude, mais par l'expression même de la physionomie, on peut diagnostiquer la maladie. La figure est élargie, les traits sont affaissés et tombants, les malades paraissent extrêmement vieillis ; on leur donnerait au moins dix ans de plus que leur âge. Il y a dans l'aspect général de la physionomie quelque chose de tellement saillant, que le médecin habitué au diagnostic peut les reconnaître à distance. La physionomie est sans expression, sans mobilité, il semble y avoir un masque sur la figure.

Au lieu d'être concentrés vers la ligne médiane, comme chez les mélancoliques, les traits sont relâchés et tombants, et nécessairement paraissent applatis et élargis. Il suffit d'avoir vu ce masque une fois pour le reconnaître, et cela suffit souvent pour le diagnostic. Dans ces cas l'évolution de la maladie est très-lente. Les malades vivent très-long temps et restent souvent plusieurs années dans la même situation physique et morale. La variété débile de la paralysie générale est plus lente dans son évolution que les variétés maniaque et mono:=maniaque.

Je viens de vous indiquer très-brièvement les principaux symptômes de l'état mental des paralytiques, à la première période. Il faut maintenant dire quelques mots des symptômes physiques. La paralysie générale a été étudiée surtout à ce point de vue. Les auteurs qui s'en sont occupés les premiers ont cru qu'indépendamment du délire des grandeurs, constaté par eux, en le considérant comme tout à fait spécial, il n'y avait pas de caractère mental distinct qui put séparer les paralytiques des monomaniaques,

des maniaques, ou des déments, et ils ne se sont occupés, en général, que des symptômes physiques. Ces symptômes portent, à la fois, sur les phénomènes de la motilité et de la sensibilité.

Les phénomènes de la motilité sont les principaux. La paralysie générale est une maladie dans laquelle il n'y a pour ainsi dire, au début pas de paralysie. Le mot de paralysie est donc très-mal choisi, et il a amené beaucoup de confusions très-fâcheuses dans la science. Il serait plus juste d'employer un mot qui est passé dans l'usage pour d'autres états, celui d'ataxie, lequel indique mieux le caractère de trouble des mouvements que celui de paralysie générale qui se rapporte uniquement aux périodes ultimes. Ataxie veut dire absence de coordination, de régularité dans les mouvements, et c'est ce qu'on observe dans les premières périodes de cette maladie.

Les mouvements sont mal coordonnés comme les idées. De même que j'ai signalé précédemment l'absence de coordination dans le délire, de même il faut signaler l'absence de coordination dans les mouvements. Elle existe dans toutes les parties du corps, dans les

membres supérieurs comme dans les membres inférieurs, et surtout dans la parole. C'est principalement par la lésion de la parole, que l'on peut caractériser, au début, la paralysie commençante. Mais cette irrégularité a besoin d'être étudiée avec soin pour être constatée. A première vue, on ne s'aperçoit pas de l'embarras de la parole, surtout quand il y a de l'excitation, comme dans l'état maniaque; il faut une étude attentive pour la distinguer. C'est dans certains moments, une sorte d'hésitation, un arrêt, une suspension dans l'émission de certaines syllabes. Les malades, au lieu de parler couramment, de continuer la phrase sans s'arrêter, ont dans l'intervalle de deux syllabes d'un même mot, un temps d'arrêt; ils veulent lancer la dernière syllabe et ils ne le peuvent pas; il y a un effort manifesté non-seulement par le temps d'arrêt, mais par un certain tremblement à peine appréciable dans les muscles des lèvres ou de la face. C'est une hésitation dans la parole, plutôt qu'un embarras qu'on constate dans la parole; aussi est-on obligé d'avoir recours à certains artifices pour le reconnaître.

quelquefois, il n'est pas saillant pendant l'excitation, et se manifeste dans les moments de calme. Dans quelques circonstances, il faut faire lire les malades à haute voix leur faire réciter ou répéter des phrases d'une façon continue et non interrompue. Quelquefois encore c'est le contraire qui a lieu. Certains paralytiques peuvent lire à haute voix avec facilité, chanter, réciter des vers, sans que l'embarras de la parole soit saillant, et dans la conversation ordinaire, au contraire, lorsqu'il n'y a aucune surexcitation de la part du malade, l'hésitation de la parole devient manifeste. Il faut donc placer le malade dans des conditions diverses pour bien constater le phénomène prédominant l'embarras de la parole. Il ne faut pas confondre cet embarras particulier de la parole avec celui qui est dû à l'apoplexie, aux ramollissements, aux paralysies médullaires ou autres atrophies progressives dans lesquelles cet embarras de la parole est beaucoup plus prononcé. Il en est de même pour l'alcoolisme où, quand le tremblement est général, l'hésitation de la parole a lieu par suite du tremblement de la langue et des lèvres.

Le premier degré de la paralysie se manifestant par la langue et les lèvres, existe également dans les membres supérieurs et dans les membres inférieurs. Le tremblement n'est pas saillant comme dans l'alcoolisme. Vous avez beau faire étendre au malade le bras droit, ce bras reste immobile; on ne peut constater un peu de faiblesse des membres supérieurs que dans certains actes délicats, comme l'action d'écrire ou de coudre, de se livrer à certains métiers exigeant une grande précision de mouvements, comme celui d'horloger. Quand la paralysie générale tombe sur des personnes qui se livrent à des professions délicates, elle se constate bien plutôt, car on s'aperçoit que le malade ne peut plus accomplir les actes ordinaires qu'il accomplissait autrefois.

C'est par des procédés analogues qu'on peut constater les débuts de la paralysie pour les membres inférieurs. Tandis que les malades paraissent marcher avec une grande facilité, et même être doués d'une force considérable, quelquefois très-exagérée par l'excitation maniaque, on peut

cependant constater, dans certains actes particuliers, les commencements de la paraplégie ou de la paralysie. On constate dans la marche certains symptomes analogues à ceux des maladies de la moëlle ou de l'ataxie locomotrice progressive. Les malades ne peuvent marcher régulièrement et dans la même direction sans dévier. Si vous les laissez marcher à l'aise, vous ne vous apercevez pas de l'irré=gularité de la marche, mais si vous voulez donner à cette marche une régularité parfaite, vous constatez une impossibilité évidente. Ainsi, les malades peuvent sauter, courir, se livrer à des mouvements vifs, mais ils ne peuvent marcher lentement et régulièrement. En un mot, certains mouvements des jambes sont devenus impossibles; de temps en temps les malades trébuchent; ils sont exposés à tomber, et l'obstacle le plus minime suffit à arrêter leur marche. Il faut beaucoup de minutie dans l'observation, pour constater ces premiers linéaments de la paralysie commençante. Il n'est pas de trop, à cette première période, d'avoir comme auxiliaire l'examen du délire pour confirmer le pronostic. Quand on trouve à la fois ces premiers signes de la paralysie et les signes

évidents du délire de la paralysie générale, on peut porter un pronostic avec beaucoup plus de sécurité et de certitude.

Du côté de la sensibilité, on constate aussi quelques phénomènes qu'on a pourtant exagérés. Il est rare qu'on reconnaisse, d'une façon évidente, de l'anesthésie et ou de l'hypéresthésie. C'est dans quelques cas exceptionnels qu'on a pu noter une anesthésie très-marquée soit dans les membres, soit dans quelques parties du corps. Dans la plupart des cas, ces phénomènes manquent, surtout dans la première période.

L'hypéresthésie existe quelquefois sur toute la surface du corps, les malades sont ex:trêmement sensibles, non-seulement au toucher, mais à la douleur. On a même cherché à interpréter par de l'hypéresthésie de la peau, la disposition à se déshabiller, à se dépouiller de tous ses vêtements, même de sa chemise. En Angleterre, on a soutenu que c'était à cette cause d'hypéresthésie que l'on devait attribuer les cas si fréquents de disposition à se déshabiller, que l'on constate chez les paralytiques.

Quoi qu'il en soit, ce phénomène d'hyperesthésie, à ce degré, est rare et, en général, dans la première période, on ne constate pas, d'une façon notable, de trouble dans la sensibilité: les fourmillements, les crampes, les contractures qui se manifestent si souvent dans les affections de la moëlle ou les maladies du cerveau sont assez rares dans la paralysie générale. Il en est de même des altérations des sens de la vue, de l'odorat, de l'ouïe et du goût; ils sont rarement altérés comme dans les affections cérébrales ou même médullaires. Cela vous servira donc pour le diagnostic différentiel.

Je ne puis qu'indiquer brièvement ces symptômes, pour arriver à la seconde période, mais auparavant je dois vous signaler un grand fait qui n'était pas connu il y a quinze ans, mais qui aujourd'hui est généralement accepté. On avait considéré jusque là la paralysie générale, comme ayant une marche régulièrement progressive, depuis son début jusqu'à sa terminaison. Il n'en est rien. Il arrive plus fréquemment qu'on ne croit, que les malades après avoir passé la première période, après avoir présenté tous les signes incontestables

physiques et moraux de la première période, et être même arrivés à la seconde, voient leur état s'améliorer, le mal rétrograder et la guérison se manifester en apparence. Il y a des périodes de rémission de plus en plus prononcées qui quelquefois peuvent simuler la guérison. Ce fait capital noté par plusieurs auteurs, est aujourd'hui parfaitement établi; seulement on en a tiré des conséquences très-diverses. Tandis que les uns, c'était la majorité, n'ont vu dans ces modifications de la marche que de simples rémissions, de simples temps d'arrêt passagers dans l'évolution de la maladie, d'autres ont voulu établir là des distinctions fondamentales.

M^r. Baillarger, par exemple, s'est basé sur ce fait d'observation, pour modifier com:plètement les idées qu'on se faisait de la paralysie générale. Il est arrivé à cette conséquence, que la première période de la paralysie générale pouvait constituer à elle seule une maladie distincte, à laquelle il a donné le nom de manie congestive, qu'on pouvait rencontrer dans les asiles des malades ayant les symptômes de la première

période et susceptibles de guérison, qui après un temps plus ou moins long, pourraient récupérer leurs forces physiques et morales et rentrer dans le monde, se livrer au travail de leur profession, se marier, et jouir de tous leurs droits civils, rentrer dans leur état normal. Il y a, en effet, un plus grand nombre qu'on ne le croit, des cas de ce genre qui semblent donner raison à cette opinion. Mais, si l'on étudie attentivement ces malades, quand on se trouve en position de les suivre, on s'aperçoit malheureusement qu'au bout d'un temps plus ou moins long, la maladie reprend son cours, et aboutit défi=nitivement à la mort. Il n'est donc pas juste de dire, dans l'état de nos connaissances, que la manie congestive soit une maladie spéciale distincte de la paralysie générale. Ce que Mr. Baillarger désigne par ce nom, c'est une première période, dans laquelle il arrive que les malades semblent récupérer leurs forces intellectuelles et morales et parvenir à la guérison, mais c'est seulement une période, et tôt ou tard la maladie reprend son cours, pour aboutir au même résultat, c'est-à-dire à la mort.

Mr. Baillarger a bien admis qu'en thèse

générale, il était vrai que, dans la plupart des cas la guérison n'était qu'apparente, et que presque toujours les symptômes de la paralysie et de la démence reparaissaient, mais il admet aussi que, dans certains cas, la guérison doit être considérée comme réelle; que quand la maladie reparaît, c'est une rechute et non pas une marche continue de la maladie primitive. C'est là une question de pathologie générale qui ne touche en rien à la question de fait, la seule importante en ce moment à établir.

Mais, en résumé, il faut retenir ce fait que la paralysie, au lieu d'être régulièrement progressive, comme son nom l'indique, peut avoir des temps d'arrêt, des périodes de rétrogradation et même de guérison apparente. C'est, en général, entre la première et la seconde période que surviennent ces rémissions prononcées. Mr Baillarger a insisté sur un fait d'observation qui est vrai: c'est sous l'influence d'une maladie physique, d'un abcès, d'une chute, d'une maladie grave, d'une grande suppuration, d'une éruption de furoncles, d'inflammation

entraînant à sa suite des plaies, des eschares, qu'on a vu la paralysie rétrograder et arriver à une guérison appa=rente, quoique le malade fût dans un état de marasme et d'affaiblissement tel, qu'on pût croire plutôt à une mort prochaine qu'à une guérison.

J'arrive à la seconde période. Que la paralysie ait commencé par la période que j'ai indiquée et qu'elle ait abouti ensuite à une rémission plus ou moins longue, ou que la maladie progresse et continue, elle arrive toujours à une seconde période plus avancée de trouble physique et mental. La progression existe toujours vers la démence et vers la mort; mais cette progression peut être irrégulière ou continue. Il y a de grandes inégalités dans la marche. On voit des malades arriver à une période très avancée, sembler voisins de la mort, et rétrograder, revenir à une période antérieure, pour recommencer de nouveau une nouvelle évolution vers des symptômes plus graves. Il faut comparer la marche de cette maladie à celle de la phthisie pulmonaire que nous connaissons bien mieux. Vous savez tous que, parmi les phthisiques, il y a de très-grandes variétés. Certains malades sont atteints de

phthisie galopante aiguë, et dans un temps très court, parcourent les périodes de la maladie; il y a chez eux des cavernes dans tous les points des poumons à la fois, accompagnées de fièvre aiguë, de sueurs abondantes, d'oppression, et après six semaines, deux mois, survient la mort. Chez d'autres malades, l'évolution de la maladie est si lente, qu'elle peut durer toute la vie. Des individus reconnus phthisiques à 20 ans, meurent de cette maladie à 70 ans seulement. Sous l'influence d'un traitement, d'un voyage, d'une saison d'eaux minérales, dans des conditions particulières, en se transportant dans le midi, en voyageant, après avoir passé par la période aiguë, ils reviennent à un état presque satisfaisant. Les cavernes se vident, se cicatrisent, et avant qu'une nouvelle évolution tuberculeuse se produise, le malade peut recouvrer, en grande partie, les apparences de la santé.

Il en est de même pour la paralysie générale. Il y a des cas de paralysie aiguë très-rapide dans sa marche: ce sont ceux qu'on a étudiés au début et qui ont fait dire que cette maladie pourrait ne

durer que six mois, un an, terme moyen. On sait aujourd'hui, au contraire, qu'elle peut durer 10 ou 15 ans, dans des conditions exceptionnelles, et en tout cas beaucoup plus longtemps qu'on ne le croyait autrefois. Il faut tenir compte de cette comparaison avec la phthisie. Il y a des paralysies à marche rapide, c'est vrai, mais il y en a d'autres à marche lente qui peuvent durer de longues années. Il ne faut donc pas porter de pronostic absolu, comme le font beaucoup d'aliénistes qui annoncent la mort du malade après deux ans, trois ans au plus. La maladie peut durer cinq ou six ans, et même plus, surtout si l'on tient compte de la période des prodromes qui peut allonger indéfiniment la marche de la maladie. Il importe néanmoins d'admettre des périodes pour différencier les cas.

Ce qui caractérise surtout la seconde période, c'est une marche plus prononcée vers la démence et la paralysie. Les symptômes de la démence augmentent considérablement; les malades perdent la mémoire, la cohésion des idées, le langage devient de plus en plus incohérent, les idées de grandeur et de satisfaction de=viennent de plus en plus gigantesques et absurdes

tous les caractères de la première période s'exagèrent au moral comme au physique. La paralysie augmente, l'embarras de la parole devient plus prononcé, les jambes commencent à refuser leur service, la parole devient tremblante, en un mot, la paralysie devient incontestable pour tous; la maladie progresse.

Les malades deviennent gateux, il y a chez eux incontinence d'urine et des matières fécales le jour comme la nuit; cette incontinence commence par les urines, puis elle devient complète; l'état de gateux devient l'état ordinaire.

D'autres symptomes se produisent aussi. On voit apparaître quelquefois, dès cette seconde période, des attaques congestives ou convulsives. Les malades sont pris tout à coup d'une attaque congestive très-courte ou d'un simple étourdissement, d'une congestion cérébrale; dans d'autres cas, ce sont des attaques intenses simulant l'apoplexie ou l'épilepsie. Les malades passent alors par les trois périodes de l'attaque épileptique, et il est alors impossible, si l'on n'a pas des renseignements sur les antécédents, de dire

si l'on n'a pas affaire à une attaque de ce genre. Ce qu'il y a de remarquable dans ces attaques dont les unes sont très-intenses et les autres le sont fort peu, c'est qu'elles s'accompagnent d'une gêne dans la respiration, et peuvent faire croire au médecin, même expérimenté, que la mort du malade est imminente, que dans deux heures peut être, dans quatre heures, il sera mort. Mais, après quelques heures, quelquefois le lendemain, ce malade a repris son activité; il commence à parler, à marcher, et revient ce qu'il était auparavant mieux même. Il y a des paralytiques qui, le lendemain d'une attaque convulsive, ont plus de facilité dans leurs mouvements qu'avant l'attaque. Le caractère capital de ces attaques, c'est donc la guérison rapide et la possibilité de revenir à un état meilleur que celui qui précédait. On voit des paralytiques, sous l'influence de ces coups de sang, acquérir une intelligence qu'ils n'avaient pas, mais cela ne dure pas, et ils reprennent bientôt leur marche vers la démence ou vers la mort.

Dans cette période il y a presque toujours de l'agitation. Alors que dans la première période, les malades étaient calmes, dans la seconde l'agitation

devient presque maniaque. Il y a deux sortes d'agitation, l'agitation ordinaire et celle dans laquelle le malade casse, déchire tout et se déshabille. Ces deux formes d'agitation sont un caractère essentiel de la paralysie générale et souvent elles peuvent mettre le médecin sur la voie du diagnostic, sans que l'on connaisse les antécédents. Quand on voit un malade ainsi disposé, et cela d'une manière continue, on peut soupçonner, avec quelque vérité, avoir affaire à une seconde période de la paralysie générale.

Après avoir passé par la seconde période souvent très longue, les malades arrivent progressi: :vement ou par soubresauts, à la troisième période qui présente à peu près les mêmes caractères que la précédente, mais bien plus accentués. Les malades peuvent alors à peine marcher; on est obligé de les soutenir, ou bien ils restent assis constamment sur le siège, sans pouvoir faire aucun mouvement volontaire. Assis ou couchés, ils peuvent encore remuer les jambes dans leur lit ou sur un fauteuil, mais il leur est impossible de coordonner suffisamment leurs mouvements pour marcher. Il en est de même

des mouvements des mains qui manquent de précision. La parole devient de plus en plus embarrassée, et la démence se caractérise de plus en plus. Elle arrive à un tel degré, que les malades ne prononcent plus que des mots isolés qu'ils répètent constamment; ils sont incapables d'exprimer des idées, de parler avec intelligence. Ils reconnaissent à peine les personnes; ils ont perdu le souvenir des idées anciennes; on voit seulement quelques idées de grandeur ou d'autres conceptions délirantes surnager de temps en temps au milieu de ce fonds de démence et d'affaiblissement intellectuel. Il est remarquable que, même dans la dernière période, on voit tout à coup la physionomie de ces malades s'illuminer, et ils expriment alors avec satisfaction quelques idées de grandeur: vestige et reste des anciennes idées des premières périodes.

A cette époque, l'incontinence des urines devient presque continuelle. Les malades ne pouvant plus marcher, il en résulte des accidents inévitables, des eschares, des plaies; l'urine, en séjournant, produit des excoriations plus ou moins prononcées; les malades ne peuvent plus se retourner dans leur lit, il devient

difficile de leur donner les soins de propreté nécessaires. Alors, les eschares augmentent et deviennent très-graves pour le pronostic. Le décubitus ou la station assise détermine une stagnation de la circulation dans les membres inférieurs ou dans les poumons, donne lieu à des complications de maladies incidentes, indépendamment des attaques convulsives ou congestives qui peuvent amener la mort dans un temps très-court. Les malades sont emportés, tantôt par une pneumonie, tantôt par une diarrhée colliquative, tantôt par une eschare, entraînant une suppuration abondante, le marasme et un trouble général dans les fonctions nutritives, tantôt par une maladie aiguë. Quelquefois, enfin, le malade, dont la déglutition est difficile parceque le pharynx est envahi par la paralysie générale, s'étouffe en mangeant.

Ainsi, dans la paralysie générale, la mort a lieu par des causes diverses, non-seulement par la marche naturelle de la maladie cérébrale, par la marche progressive et fatale de l'affection cérébrale, mais par des complications survenant

soit dans les organes de la nutrition, soit dans les autres organes de l'économie. Ainsi, la marche naturelle de la maladie se trouve abrégée accidentellement : mais si l'affection cérébrale était restée abandonnée à elle-même et avait suivi son évolution naturelle, comme je le dirai à propos de l'anatomie pathologique, elle pourrait avoir une très-longue durée : c'est une maladie essentiellement chronique.

J'ai parcouru rapidement devant vous les diverses périodes symptomatiques de la paralysie générale, pour vous donner seulement une idée d'ensemble : mais je crois cette idée insuffisante pour vous faire connaître les faits principaux sur lesquels il est important d'insister dans la pratique. Vous aurez vu par là, Messieurs, qu'il s'agit ici d'une maladie spéciale ayant, dès le début, un caractère propre. qu'elle n'est ni la monomanie, ni la mélancolie, ni la manie, ni la démence, ni une autre forme de folie ; que c'est une forme spéciale ayant ses caractères propres au physique et au moral, et par conséquent susceptible d'une description distincte.

Dans la prochaine séance, qui sera probablement

la dernière de ce cours car j'ai l'intention de terminer samedi, je continuerai l'étude de la paralysie générale au point de vue des causes, de l'anatomie pathologique, du diagnostic différentiel, du pronostic et même du traitement des phénomènes incidents, puisque la maladie est par elle-même incurable. J'aurai ainsi parcouru devant vous la plupart des formes principales de la folie, j'aurai étudié le délire aigu, les états maniaque, mélancolique, le délire partiel expansif, la démence, la paralysie générale. C'est à cela que je bornerai, pour cette année, mon cours n'ayant pas eu l'intention d'aborder les autres points de la pathologie mentale.

15e Leçon.

Samedi 23 janvier 1869.

Messieurs,

Je vais terminer aujourd'hui le cours de cette année, et finir ce que j'ai à vous dire sur la paralysie générale. Dans les deux précédentes séances je vous ai indiqué, sous une forme rapide, mais suffisamment complète les symptômes principaux physiques et moraux de cette maladie; j'ai passé en revue les diverses périodes qu'elle présente, en commençant par la période de prédisposition et d'incubation; j'ai indiqué ensuite les diverses variétés de début de cette maladie très différentes chez les différents individus, surtout dans la première période qui, plus tard acquiert chez la plupart des malades une grande uniformité de caractères. Sans doute, dans les périodes ultérieures, il y a encore des variétés que j'ai indiquées, mais elles sont moins prononcées, moins bien

marquées. J'ai ainsi fait l'histoire symptômatique de la paralysie générale considérée comme maladie cérébrale spéciale, distincte, ayant sa raison d'être, comme entité pathologique, pour me servir de l'expression de l'école.

Il me reste ~~donc~~ maintenant à étudier cette maladie au point de vue des causes, de l'anatomie patho=logique, du diagnostic différentiel, de la durée, du pronostic et du traitement.

Parlons d'abord des causes. Vous savez que l'étiologie de la folie est très peu avancée, en général. L'étude des faits pathologiques permet rarement de remonter à leurs causes. Cependant, dans toutes les maladies on a admis des causes prédisposantes et des causes occasionnelles, et dans les maladies mentales, en particulier, on divise les causes occasionnelles en morales et en physiques. Nous suivrons cette même distinction pour la paralysie générale. Il y a d'abord cette remarque générale à faire que cette maladie a une étiologie particulière, au milieu des autres maladies mentales. On peut distinguer certaines causes pour la

production de cette maladie. De même qu'elle est distincte au point de vue des symptômes et des lésions, de même elle peut être considérée comme distincte sous le rapport de son étiologie.

Et d'abord, l'hérédité qui joue un si grand rôle dans l'étiologie de la folie, qui compte comme cause principale dans la plupart des variétés mentales, joue un rôle bien plus faible dans la paralysie générale. Si l'on recherche les antécédents des aliénés paralytiques qui arrivent dans les asiles, on constate que le nombre des aliénés héréditaires est très minime par rapport au nombre total. C'est l'inverse dans la plupart des autres formes de la folie. Je l'ai signalé en passant: dans la folie périodique, l'hérédité est presque constante; dans la folie circulaire intermittente, dans la folie avec prédominance de penchant au suicide, l'hérédité est surtout dominante. Mais pour la paralysie générale, nous assistons, en quelque sorte, à la formation sous nos yeux de cette maladie, de même qu'on assiste quelquefois à la formation de la phthisie pulmonaire. Quoi qu'elle soit héréditaire nous voyons se produire également, spontanément

dans certaines conditions, cette maladie chez des individus, et nous pourrons assister à ses premières évolutions. Il en est de même pour la paralysie générale; après avoir assisté à la production de cette maladie chez un individu, nous la voyons se propager héréditairement chez ses descendants. Il y a cette remarque à faire, que la paralysie générale est souvent spontanée, due à des causes personnelles mais que les individus atteints par elle, peuvent transmettre cette forme à leurs enfants, cette forme qu'ils n'ont pas eux-mêmes reçue. Elle a donc une hérédité plus prononcée dans le sens descendant que dans le sens ascendant.

Cependant, dans quelques circonstances, on doit noter que des parents de paralytiques ont été aliénés et même atteints de paralysie. On voit des paralytiques donner naissance à des enfants qui, plus tard, sont également atteints de paralysie générale. Dans d'autres circonstances, ce sont des apoplectiques ou des individus atteints de ramollissement du cerveau, ou d'autres affections cérébrales qui donnent naissance aux paralytiques.

Il ne faut pas nier, ici, l'action de l'hérédité, mais il faut la restreindre.

Il faut donc rechercher les causes indivi:=duelles. Or elles sont nombreuses, mais elles peuvent cependant se ramener à petit nombre. C'est presque toujours par suite d'un excès de dépense nerveuse que survient la maladie. Qu'elle résulte d'excès sexuels, d'excès alcooliques, ou d'excès de travail, d'excès d'étude ou de veilles, d'insomnies, ou de toutes ces causes réunies, ce qui est le plus ordinaire, la paralysie générale se produit surtout dans des conditions d'affaiblissement du système nerveux, quand l'individu a dépassé les limites normales de ses forces. Or, cette limite est extrêmement variable, selon les individus, et elle ne peut être mesurée que par ses résultats. Il n'y a pas de mesure uniforme pour constater la force nerveuse des différents individus. Les uns résistent à d'excessives fatigues, d'autres au contraire succombent aux mêmes excès musculaires ou autres. Il en est de même, dans l'état de maladie; on ne peut mesurer à l'avance le degré de résistance vitale d'un individu à l'action de causes diverses. Il y a donc deux éléments à

considérer : d'abord la cause agissante, et d'autre part l'individu qui faiblit sous l'influence de cette cause.

Mais, si l'on ne peut pas mesurer la force de résistance, on peut mesurer du moins la force d'action de la cause. Or, lorsque l'individu dépasse la mesure de ses forces par des travaux excessifs, par des travaux qui ne sont pas en rapport avec ses dispositions natives, quand, par exemple, un individu des classes inférieures peu habitué au travail intellectuel veut, par suite de circonstances exceptionnelles, transformer ses habitudes et se livrer à des travaux excessifs, pour lesquels il n'est pas suffisamment préparé, il est plus exposé à tomber malade qu'une autre personne placée dans d'autres conditions. Il en est de même des excès sexuels ou d'un autre ordre. Mais l'action de ces causes est néanmoins incontestable.

C'est principalement dans les conditions d'une vie aventureuse, irrégulière, vagabonde, mal ordonnée que se produit la paralysie générale dans les classes inférieures ou dans les classes supérieures

de la société. Par exemple, des individus ont voulu sortir de leur sphère, de leur situation sociale, faire fortune trop rapidement, arriver à de grandes découvertes, parvenir à une situation très élevée, soit dans leur sphère, soit dans une sphère étrangère ; eh bien, c'est dans ces conditions de vie fébrile, d'activité dépassant la mesure normale, que survient principalement la paralysie générale. Cela se constate surtout dans les grandes villes, chez les peuples dont la civilisation est le plus avancée.

Ainsi, toutes les causes que je viens d'indiquer concourent au même résultat. Mais on doit prendre aussi en considération l'âge du sujet. La paralysie générale est une maladie de l'âge adulte plutôt que de l'enfance et de la vieillesse. On ne l'a pas constatée chez les enfants, ni chez les jeunes gens, de 25 à 30 ans ; mais c'est de 30 à 45 qu'est la moyenne d'âge pour les individus atteints. Les malades qu'elle frappe plus tard, sont déjà exceptionnels, et l'on doit craindre alors de commettre une confusion de diagnostic, car l'apoplexie, le ramollissement cérébral et d'autres affections de l'âge avancé, peuvent souvent prendre

le masque de la paralysie générale et induire le médecin en erreur.

Quand on fait ainsi une confusion de diagnostic, on s'expose à faire varier la moyenne de l'âge, c'est ce qu'a fait Mr Baillarger. Il a admis, dans le cadre de la paralysie générale, des maladies chroniques cérébrales, de forme mal déterminée, et placé la moyenne de l'âge à 43 ans, en faisant entrer dans ses tableaux statistiques des cas de ramollissement, d'apoplexie, les hémorrhagies cérébrales, l'hydrocéphalie chronique ou la démence sénile. On peut ainsi modifier la moyenne de l'âge; mais en ne tenant compte que des cas vraiment légitimes, la moyenne de l'âge descend entre 35 et 45 ans.

Une autre circonstance étiologique constatée dans tous les pays, c'est la différence des sexes. La paralysie générale est une maladie de l'homme: elle est bien plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Dans certains pays, à peine trouve-t-on des exemples chez les femmes. Mais dans les grandes villes, Londres, et par exemple, Paris, où les

ceux que j'ai signalées sont à l'heure existent réunies la paralysie générale se voit davantage chez les femmes surtout chez celles appartenant aux classes inférieures. Cependant, même dans les grandes villes, la proportion des hommes atteints est plus forte que celle des femmes.

On s'est demandé si le climat chaud ou le climat froid amenaient plus de fréquence dans la maladie, si la nationalité, la race, les influences telluriques, météorologiques, les influences sociales pouvaient intervenir comme causes prédisposantes dans la production de la maladie. Ces questions, jusqu'à ce jour, n'ont pas été bien résolues. Esquirol avait prétendu que la fréquence était moins grande dans le midi que dans le nord. D'autres auteurs ont soutenu le contraire. On n'a pas pu vérifier ce fait par une raison bien simple, c'est que la paralysie n'est pas connue dans tous les pays également; elle a été étudiée surtout en France. Maintenant, elle est bien connue en Angleterre, en Allemagne, même en Italie, mais elle ne l'est pas aussi bien dans d'autres pays; les termes de comparaison n'existent donc pas: il faut suspendre jusqu'à nouvel ordre, notre jugement sur l'influence de ces

conditions. Si on étudie bien, probablement on trouvera la maladie dans tous les climats, sous toutes les latitudes, et dans toutes les conditions sociales. C'est une maladie particulière, spéciale, qui, comme l'épilepsie, doit exister dans tous les pays et sous toutes les latitudes.

Cependant, il y a ce grand fait bien établi; c'est une différence énorme entre les grandes villes et les campagnes. Dans les asiles de France qui reçoivent des aliénés venant des campagnes, habitués aux travaux agricoles, à peine constate-t-on quelques cas de paralysie générale. Je pourrais citer l'asile de Leyme, dans le département du Lot, qui renferme des aliénés appartenant surtout aux classes agricoles. Or le médecin de cet asile, très habitué à l'étude de la paralysie générale, qui la connaît très bien, en constate rarement des cas certains, et quand il en constate c'est principalement chez des aliénés venant des grandes villes. Ainsi l'influence des grandes agglomérations de population est évidente. C'est du reste une loi générale qui a été vérifiée en Allemagne, en

Angleterre et en Amérique ; et l'on peut dire que la proportion des paralytiques est en rapport avec la grandeur des villes : plus une ville est considérable, plus elle a de chances de renfermer des malades atteints de paralysie générale.

Parmi les causes occasionnelles, on a surtout insisté sur toutes les causes physiques ou morales qui déterminent la congestion du sang vers la tête. Bayle, Calmeil, Parchappe, Mr. Baillarger, Lunier ont tous ~~insisté sur~~ signalé ce fait ; ils ont même cru que la congestion était un fait indispensable ; ils ont admis que toutes les professions dans lesquelles l'individu est exposé à une chaleur ardente, celles de serrurier, de chauffeur, de cuisinier, prédisposaient à la paralysie générale ; que dans quelques circonstances, la suppression des règles, des hémorrhoïdes, d'un écoulement sanguin ordinaire, d'un exanthème devenaient des causes actives de la paralysie générale. Mr. Baillarger a ajouté l'influence de l'érysipèle du cuir chevelu : il a noté la paralysie comme succédant, dans plusieurs circonstances, à une maladie cutanée. Les congestions jouent un grand rôle évidemment, mais elles ne le

constatent pas toujours, comme je le dirai en parlant de l'anatomie pathologique.

Une chose remarquable, c'est que la paralysie générale est due surtout aux excès sexuels ou alcooliques; elle se rencontre dans des conditions de vie active, aventureuse, vagabonde, ou de vie oisive que mènent les individus atteints. Dans les statistiques figurent beaucoup de filles publiques ou entretenues qui se livrent aux excès sexuels dans les grandes villes. Soit que cela tienne à la manière de vivre, soit que ce soit la conséquence d'excès, toujours est-il qu'à la Salpêtrière, c'est principalement parmi les femmes qui ont mené la vie de filles publiques ou entretenues, que l'on constate la paralysie générale. Aussi ~~on a~~ a-t-on fait cette remarque que dans les maisons de santé consacrées aux malades des classes riches, on ne trouve presque jamais de paralysées femmes; si on en trouve, ce sont des femmes qui, quoiqu'appartenant aux classes élevées ont mené le genre de vie que j'ai signalé. En résumé, la paralysie générale existe rarement chez les femmes.

de sont là des données étiologiques importantes à constater, et qui plus tard, par le progrès de la science, permettront d'arriver à une étiologie plus précise et plus exacte. Ainsi, dès aujourd'hui, la forme de la maladie nommée paralysie générale étant plus nettement déterminée dans la science, nous avons déjà une étiologie spéciale en rapport avec elle. Là doit être le progrès de notre science. C'est ainsi qu'on doit faire pour les autres formes de maladies mentales; plus il y aura de formes nettement déterminées, plus l'étiologie sera en rapport avec l'étude des symptômes et la marche de la maladie.

J'arrive à l'anatomie pathologique. On l'a beaucoup étudiée; elle mériterait à elle seule de devenir l'objet d'une leçon. Je vais abréger autant que possible les données principales. Il faut distinguer l'étude faite avec le scalpel et l'étude microscopique. Les premiers auteurs qui se sont occupés de la paralysie générale, Bayle et Calmeil qui ont publié à ce sujet des monographies, ont étudié avec beaucoup de soin le côté de l'anatomie pathologique, et dès les premiers temps, ils sont arrivés aux résultats que nous voyons

confirmés par toutes les observations successivement.

On trouve presque toujours des lésions à la surface du cerveau et des membranes. Il est inexact d'avancer, comme l'ont fait quelques auteurs, que l'anatomie pathologique ne produit rien de précis et de constant. Dans la plupart des cas, on trouve les mêmes lésions, à quelques différences près. On peut donc faire une anatomie pathologique de la paralysie générale qui, si elle ne s'applique peut-être ~~xxxx~~ pas à tous les cas sans exception, s'applique du moins à un si grand nombre qu'elle mérite d'être prise comme base.

Les lésions portent sur les méninges. La dure-mère est épaissie généralement et présente des productions pseudo-membraneuses qui ont reçu le nom de pachy-méningite. Cet état d'inflammation et de productions pseudo-membraneuses est surtout manifeste sur l'arachnoïde et la pie-mère. La première est opaque épaissie, et a contracté des adhérences intimes soit avec la pie-mère, soit avec la substance corticale; la pie-mère gorgée de sang contient des vaisseaux variqueux. D'un autre côté,

la membrane adhère presque toujours avec la substance corticale, surtout sur le lobe antérieur. Si en ouvrant le crâne, on prend la précaution de soulever la membrane avec des pinces, quelque précaution que l'on prenne, on arrache avec la membrane quelques portions de la substance grise superficielle, qui est tellement adhérente, qu'il est impossible de la séparer. La substance corticale apparait sous forme d'ulcérations plus ou moins profondes, consistant dans une espèce de villosité, caractère spécial de toute méningite chronique, en général. Ainsi les adhérences des membranes avec la substance corticale sont le premier caractère anatomique.

Un autre caractère, c'est le ramollissement de la substance grise superficielle. Elle perd de sa coloration normale. D'abord congestionnée dans la première période, elle devient plus tard pâle et presque blanchâtre. Ainsi deux périodes sont à noter : la période d'agitation, au point de vue des symptomes, et plus tard une période de ramollissement, avec atrophie progressive, coïncidant avec la période de démence, de paralysie plus prononcée. Mr Parchappe qui a beaucoup étudié ce point d'anatomie pathologique

a admis que c'était la portion moyenne de la substance corticale qui se ramollissait, et pour bien constater cette lésion, il a dit qu'il fallait gratter la surface du cerveau avec le manche du scalpel, pour enlever la couche supérieure et toucher la partie moyenne qu'on trouve ramollie. Il a admis ce fait comme caractéristique de la paralysie générale, qu'il avait proposé d'appeler cérébrite-corticale.

A côté de cette lésion de la substance grise, vint la lésion correspondante de la substance blanche. Dès 1824, Delaye avait signalé l'induration de cette substance blanche. Mr Foville père avait également insisté sur ce caractère anatomique. Mr Baillarger a récemment fait remarquer que ce caractère était presque constant ; que dans les cas de paralysie générale ancienne, il était facile de le faire ressortir, en grattant avec le manche du scalpel, sur le lobe antérieur, la substance grise superficielle, on découvrait alors la substance blanche offrant une résistance particulière, très-ferme et se présentant sous forme de crêtes solides,

résistantes dans l'intérieur de l'organe et la substance blanche était facile à détacher.

Ainsi, en résumé, la maladie est caractérisée d'une part, par l'épaississement des méninges, par des dépôts de sérosités dans les cavités de l'arachnoïde et à la surface du cerveau, et surtout par des adhérences entre les méninges et la substance corticale, par un ramollissement spécial de l'intérieur de la substance grise, et enfin par une induration correspondante de la substance blanche.

Lorsqu'on pénètre plus avant dans le cerveau, on ne trouve pas d'autres lésions. On ne constate ni foyers sanguins, ni ramollissements ni transformation d'aucune des parties centrales; seulement, à la surface des ventricules on observe un épaississement de la membrane qui a un aspect chagriné, et qui présente des villosités particulières, des granulations. Ce fait est tellement fréquent, que M.r Joire, Médecin de Lille l'a considéré comme des plus caractéristiques pour la paralysie générale.

Voilà ce que donne l'observation anatomique avec le simple secours de la vue.

Mais des travaux microscopiques nombreux

ont été entrepris en même temps, en France et à l'étranger, surtout en Allemagne. Mr Calmeil qui avait déjà fait une étude anatomique simple de la maladie, a voulu ainsi l'étudier, au point de vue microscopique. Mr Magnan a publié sur ce sujet des mémoires intéressants. A la même époque, plusieurs médecins en Allemagne, parmi lesquels Mr Westphal, de Berlin, ont fait des études, et tous sont arrivés à des résultats à peu près concordants. Ces résultats ont porté sur l'étude de la moëlle et du cerveau. Ils ont produit ceci de remarquable, c'est que les lésions microscopiques de la substance nerveuse semblent exister concurremment dans ces deux portions du système nerveux cérébro-spinal. Les lésions sont absolument semblables chez les paralytiques, à toutes les périodes. Mr Magnan a surtout fait remarquer que plusieurs paralysies générales débutaient très-long temps avant l'explosion du délire par des phénomènes médullaires. Comme je vous l'ai indiqué dans la dernière séance, pour l'une des variétés de début, on constate des fourmillements, des engourdissements,

de crampes, de même de l'affaiblissement musculaire dans les membres inférieurs. M.r Magnan a suivi des malades jusqu'à la fin, et il a constaté des lésions évidentes des cordons postérieurs de la moëlle atteints de sclérose à la portion dorsale ; c'est moins évident à mesure qu'on remonte vers le bulbe. Les lésions portent surtout sur le tissu interstitiel, comme Wirchow l'a établi pour divers organes. Le tissu interstitiel joue, dans le système nerveux, le même rôle que dans le foie et les reins et dans la plupart des organes. De même que dans la cirrhose du foie et dans la maladie de Bright, pour les reins, on constate que le tissu interstitiel, sous l'influence d'une maladie s'épaissit, donne lieu à une prolifération nouvelle, et comprime successivement, de dehors en dedans, la substance propre de l'organe, de manière à l'atrophier et à le transformer en graisse : la même chose peut exister dans le système nerveux, surtout dans la moëlle et le cerveau ; le tissu interstitiel étant sujet à des proliférations nouvelles, sous l'influence de la maladie, et comprimant les tubes nerveux les atrophie et les fait disparaître. Les lésions sont manifestes dans la moëlle et dans le cerveau.

Mr. Magnan, pour établir ce fait relativement au cerveau, a fait d'abord en commun, avec Mr. Hayem, l'étude anatomique normale du cerveau. Ils ont montré que dans cet organe il y avait une substance interstitielle ou névroglie, analogue à celle qu'on trouve dans la moëlle et dans d'autres organes. Ils ont établi anatomiquement ce fait, et partant de cette donnée, ils l'ont appliqué à l'état morbide. Ils ont vu de cette façon que dans la paralysie générale, le tissu interstitiel acquiert un développement excessif et comprime la substance nerveuse, l'atrophie et la fait disparaître. Ils ont ainsi assimilé les lésions de la moëlle et du cerveau dans ce cas, à celles du foie pour la cirrhose, et à celles des reins, pour la maladie de Bright. Cet état particulier du cerveau se constate surtout dans la substance blanche, et c'est ce que MM. Foville et Baillarger avaient déjà constaté comme induration de la substance; c'est donc là la confirmation microscopique d'un fait constaté par des moyens plus grossiers.

Mr. Magnan et Mr. Westphal ont admis

que c'était là la lésion importante, que les autres étaient secondaires et accessoires par rapport à elle, lésion fondamentale et principale; ils ont admis de plus que, dans certains cas, la lésion com:mençait par la moëlle et remontait vers le cerveau; que dans d'autres cas, elle se produisait dans le cerveau d'abord et se prolongeait ensuite vers la moëlle: paralysie ascendante dans un cas, paralysie descendante dans l'autre. Mr. Westphal a publié plusieurs mémoires contenant de nombreuses observations suivies d'études microscopiques et anatomiques qui démontrent clairement ces faits, dans un grand nombre de cas, au moins.

Ainsi, l'anatomie pathologique donne déjà des résultats importants. Ces résultats on les a contestés au point de vue nosologique. On a dit d'abord qu'ils n'étaient pas constants; que beaucoup de paralysies générales présentaient l'une de ces lésions mais pas l'autre; qu'on ne trouvait pas chez les paralytiques constamment et uniformément les mêmes lésions. D'autres ont dit que ces lésions pouvaient bien survenir à la fin de la maladie, mais qu'on ne les

trouvait pas au début ; qu'au début on ne trouvait qu'une simple congestion des méninges et du cerveau mais pas encore des lésions de substances, des transformations de la substance grise ou de la substance blanche. D'autres enfin ont dit que ces phénomènes, en admettant leur existence, se rencontraient également dans d'autres maladies ; qu'on les trouvait chez les vieillards, dans la démence sénile, chez les alcooliques et même chez des individus avancés en âge qui n'avaient jamais présenté aucune maladie du cerveau. On a donc soutenu que ces signes n'étaient nullement caractéristiques et propres à la paralysie générale.

Ces ~~effets~~ objections sont sans valeur réelle. Sans doute ces ~~phénomènes~~ lésions anatomiques n'existent pas chez tous les paralytiques (sans exception), mais ils sont très fréquents, très ordinaires, et par conséquent ils sont importants comme fait général. De plus il faut tenir compte des périodes. Il est très juste de dire, en effet, qu'il y a succession dans les lésions ; dans la première période, ce qui domine c'est la congestion, c'est l'altération

des méninges, l'altération congestive de la substance grise superficielle et l'induration de la substance blanche. L'atrophie de la substance grise est un phénomène con=
=sécutif qui ne survient qu'à une période plus avancée. Il est donc juste de faire la part des périodes, de con=
=sidérer la maladie comme primitivement congestive et devenant plus tard une véritable atrophie cérébrale avec dégénérescence. A la période d'excitation maniaque de monomanie, d'excitation avec idées de grandeur, cor=
=respondent anatomiquement les phénomènes congestifs et de ramollissement cérébral; aux périodes ultimes correspondent les lésions anatomiques de l'atrophie, de disparition de la substance grise et d'induration de la substance blanche. Il faut donc mettre chaque chose à sa place. Quand un paralytique meurt après peu de temps maladie, il ne porte pas les mêmes lésions que celui dont la vie a été plus longue. De même dans la phthisie il faut se garder de confondre la première période, celle de granulation avec celle des cavernes et de disparition de la substance pulmonaire elle-même.

L'anatomie pathologique de la paralysie

générale a donc une grande importance, et il faut chercher à poursuivre ce qui a déjà été si bien commencé.

Le diagnostic différentiel est aussi très-important. Il faut tenir compte des phénomènes psychiques et des phénomènes paralytiques. Comme je l'ai dit le mot paralysie est un mot mal choisi. La maladie consiste dans une absence de direction ordonnée, régulière des mouvements, mais il n'y a pas de paralysie vraie. Il faut poser en principe, que ce que l'on nomme paralysie, c'est un état d'affaiblissement avec irrégularité, que même jusqu'à la mort, la paralysie est incomplète, que, même dans les cas les plus avancés, les malades peuvent remuer les bras et les jambes soit assis, soit couchés. De plus, la paralysie est progressive en intensité et non en étendue : car au lieu de progresser de bas en haut, comme les maladies de la moëlle, elle progresse d'une manière générale dans toute l'économie. D'abord à peine sensible dans la langue et dans les lèvres et les autres organes, peu à peu lentement elle augmente

d'intensité. Troisième caractère : elle est générale et porte également, dès le début, sur les membres inférieurs et sur les membres supérieurs : elle porte sur les deux côtés du corps et s'accompagne tout d'abord d'embarras de la parole, c'est le signe le plus essentiel, embarras peu facile à constater, mais qui n'est pas moins réel, et peut se constater quand on a l'habitude d'observer.

Dans les autres affections cérébrales quand nous voyons de l'hémiplégie, elle est complète, absolue. Lorsqu'elle se présente dans la paralysie générale, elle n'a pas la même intensité, ni la même durée. Il en est de même pour les maladies de la moëlle ; il y a paraplégie ; paralysie des membres inférieurs, et les membres supérieurs conservent leur activité ; la maladie est ascendante, elle monte lentement jusqu'aux membres supérieurs et enfin à la tête. Cela vous donne un moyen de diagnostic très important. Pour le diagnostic différentiel, il faut d'abord insister sur les caractères propres de la paralysie, mais il faut aller plus loin et tenir compte des phénomènes qui se présentent. D'abord dans la plupart des maladies cérébrales il y a des lésions des sens de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, de la sensibilité

générale; il y a de l'anesthésie ou de l'hyperesthésie passagères. Ces phénomènes, si fréquents surtout dans les intoxications, par exemple, n'existent guère dans la paralysie générale.

Quand vous voyez un malade se présenter avec une amaurose commençante avec des troubles de l'ouïe, de l'odorat, et accusant des sensations spéciales, vous devez écarter l'idée d'une paralysie générale légitime.

Pour mieux préciser le diagnostic différentiel il faut passer en revue la plupart des maladies qu'on peut confondre avec la paralysie générale. D'abord les congestions cérébrales, les hémorrhagies cérébrales prennent subitement, sous forme d'attaques. Elles ont des prodromes mais qui ne datent pas de loin. Dans la paralysie générale, l'attaque est consécutive à des prodromes physiques et moraux très-nombreux. Dans l'hémorrhagie cérébrale, à la suite de l'attaque, vient une hémiplégie caractérisée, évidente et persistante qui diminue lentement d'intensité; elle disparaît d'abord des jambes, et persiste souvent dans les bras. Rien de semblable pour la paralysie

générale. Quand il y a hémiplégie elle est temporaire, elle dure peu de jours, après quoi le malade reprend ses mouvements comme avant l'attaque. L'intelligence n'est pas toujours atteinte, ou quand elle l'est, c'est sous la forme de perte spéciale de la mémoire des mots. En un mot, par la comparaison avec les caractères psychiques que j'ai indiqués pour l'hémorrhagie cérébrale, on peut apprécier la différence du tableau des lésions présentées par la paralysie générale.

Les mêmes réflexions se présentent à propos des ramollissements. Dans ce cas, toutes les attaques sont suivies d'un embarras de la parole très prononcé. Dans ~~la paralysie~~ les ramollissements l'intensité du trouble mental est caractérisée plutôt par la faiblesse de la mémoire et l'incohérence des idées; quant aux tumeurs dans le cerveau elles sont presque toujours accompagnées d'hémiplégie, d'attaques épileptiformes, sans trouble mental considérable; dans la paralysie générale, le trouble mental est ancien.

En passant ainsi en revue chaque maladie du cerveau, et comparant le tableau de chacune à celui de la paralysie générale, on établit le diagnostic différentiel.

Pour les maladies de la moëlle on peut faire les mêmes réflexions; elles débutent par les jambes, s'accompagnent d'incontinence des urines de paraplégie, et ne présentent pas de troubles dans les membres supérieurs; il n'y a pas de trouble de l'intelligence, ou si l'on en constate, c'est seulement dans la dernière période, près de la mort. La marche de la paralysie, comparée à tous ces symptômes, peut fixer pour le diagnostic.

Les maladies qui peuvent prêter le plus à une confusion, ce sont les intoxications par le phosphore, l'arsenic, le plomb, le sulfure de carbone: intoxications qui ont été très-bien étudiées dans ces derniers temps. Elles ont beaucoup de points de contact avec la paralysie générale. Dans la plupart d'entre elles, le tremblement est plus ou moins constant; il y a de la faiblesse dans les membres inférieurs et dans les membres supérieurs, quelquefois un peu d'embarras de la parole. Mais l'anesthésie, l'hypéresthésie, les troubles des sens, les lésions très-profondes de la motilité et de la sensibilité servent à établir le diagnostic. Dans ces intoxications, quand l'intelligence

est troublée dans cette forme de démence, de simple perte de la mémoire; les malades conservent plus d'aptitude à gouverner leurs facultés que dans la paralysie générale vraie. C'est l'alcoolisme qui prête le plus à la confusion. Cela est d'autant plus inévitable, que les deux causes coïncident souvent. On voit des personnes se livrer à des excès de boisson, soumis par conséquent à l'alcool sous certaines formes et devenir paralytiques. Les deux maladies sont alors mélangées et très difficiles à distinguer: mais quand elles sont séparées, le diagnostic est facile. Dans l'alcoolisme, le tremblement est extrêmement prononcé et général, le corps entier est ébranlé; les symptômes que j'ai indiqués pour l'alcoolisme doivent être recherchés. Ainsi l'anesthésie des extrémités des membres, bras ou jambes, les lésions des sens et surtout les perceptions subjectives de la vue, enfin le trouble mental. Dans la paralysie générale, il y a souvent des idées de grandeur, de satisfaction, le délire est actif, expansif; dans l'alcoolisme, au contraire, la plupart du temps, on constate des idées tristes, de persécution, des hallucinations nombreuses de la vue et de l'ouïe d'une

nature terrifiante, des visions d'insectes, d'animaux.
enfin il y a un ensemble de caractères tout différents.
Cependant il est juste de dire que dans quelques cas, la distinction est difficile à opérer, et il faut long temps suspendre son jugement, avant de se prononcer et de dire s'il s'agit d'alcoolisme chronique ou de paralysie générale.

Il importerait d'insister davantage sur le diagnostic différentiel, mais le temps me manque, je ne puis donner plus de développement sur ce point. J'ai tenu à vous indiquer ces caractères généraux pour bien vous faire comprendre que si certaines maladies du cerveau se rapprochaient de la paralysie générale, par la faiblesse intellectuelle, par un certain degré de démence et par une paralysie plus ou moins généralisée, ces deux faits, la démence et la paralysie n'étaient pas cependant suffisants pour caractériser la forme nommée paralysie générale des aliénés. Il ne suffit pas qu'un individu soit en démence et offre une paralysie généralisée quelconque, pour dire qu'il est atteint de folie paralytique; il faut de plus certains caractères spéciaux et une marche

déterminé pour pouvoir affirmer la maladie spéciale. C'est cette confusion trop souvent faite, qui jette une grande perturbation dans la science.

On a réuni, sous le nom de paralysie générale, des observations de maladies les plus diverses : on y a compris une foule d'affections cérébrales, médullaires ou nerveuses qui ne lui appartiennent pas. On est allé jusqu'à englober dans cette forme les maladies qui en sont les plus éloignées : l'atrophie musculaire progressive, l'ataxie locomotrice paralysie spéciale due à une maladie évidente de la moëlle. Il est très-facile de l'en séparer. M^r. Duchenne (de Boulogne), dans un livre sur l'électrisation localisée, a beaucoup étudié ces questions, et fait faire de grands progrès à la science. Mais il a eu le tort d'établir quelquefois des confusions entre des maladies nouvellement découvertes et décrites, et la paralysie générale vraie. C'est parcequ'il n'a pas suffisamment étudié l'un des termes de la question. Il connait parfaitement les maladies découvertes par lui, mais il ne connait pas au même degré la paralysie des asiles d'aliénés.

D'autres auteurs ont fait la même confusion

[illegible] dans [illegible]. Ainsi, M. Baillarger a théoriquement, systématiquement confondu l'hydrocéphalie chronique, le tremblement des vieillards, la démence apoplectique ou due à des ramollissements chroniques avec la paralysie générale vraie. De là des confusions pour l'étude de la marche : toutes les parties de l'histoire de cette maladie ont été influencées par l'erreur primitive du diagnostic. Le diagnostic différentiel doit jouer un grand rôle dans la constatation de l'unité morbide. C'est en éliminant les faits disparates, qu'on arrivera à une étude vraiment scientifique de la maladie.

La durée de la paralysie générale est très difficile à établir, dans l'état de nos connaissances. Les premiers auteurs avaient réduit cette durée à six mois ou à un an. Mr Calmeil, Mr Foville et plusieurs autres médecins ne l'avait considérée que comme une complication de la folie ; ils ne la faisaient dater que du moment des premiers symptomes de paralysie. Envisagée aujourd'hui comme une forme spéciale, cette maladie doit être considérée comme durant plus longtemps ; la possibilité des rémissions

dis encore allonger la durée moyenne. Certains malades sortent des asiles guéris, rentrent dans leur famille, reprennent leurs affaires ou leur profession, quelques-uns même se sont mariés dans cet intervalle, et plus tard reviennent dans les asiles avec une nouvelle évolution de leur maladie. Il faut donc tenir compte pour apprécier la durée de la maladie, des prodromes, des premières périodes et des dernières. On arrive ainsi à des durées de 6, 7 8 ans dans certains cas exceptionnels. Il ne faut pas adopter la durée moyenne de trois ans qui a été indiquée. Cette maladie a été étudiée à reculons. On a commencé à Charenton, par l'autopsie d'abord puis, c'est au moment où ils allaient mourir qu'on a pris les malades, et en faisant l'ouverture après la mort, on a constaté les lésions, sans remonter à l'origine de la maladie. Si l'on reprend l'étude à reculons, on détermine une durée moyenne plus longue pour cette affection.

Le pronostic est très grave. Quand le diagnostic est bien posé, qu'on ne s'est pas trompé sur la nature du mal, c'est une maladie incurable. Il ne faut cependant pas être absolu comme on l'était autrefois. On disait

que tout individu ayant un léger embarras de la parole, était condamné fatalement à mort, par cela seul, et ne devait plus quitter les asiles d'aliénés que la mort était à chaque instant imminente, qu'il fallait renoncer à tout espoir de le voir rentrer dans sa famille. On doit être moins absolu aujourd'hui car les rémissions sont plus fréquentes qu'on ne le pense. On a vu, même dans une période très avancée de la maladie, quand le malade était déjà très affaibli intellectuellement et physiquement, qu'il était gâteux, survenir des rémissions surprenantes. Alors le malade reprend, en partie, possession de ses facultés intellectuelles; il est toujours abaissé, mais il peut rester dans un état mixte qui lui permet de rentrer dans sa famille et dans la société, pendant un temps plus ou moins long. Alors se présente la question délicate des actes civils ou des actes criminels qui peuvent être accomplis pendant cette période. Le médecin doit toujours réserver son pronostic au point de vue de la possibilité de ces rémissions, faire connaître à la famille cette possi:bilité, et ne pas condamner le malade à mort.

vec autant de certitude, qu'il y a 20 ans on le faisait.

J'ai peu de chose à dire du traitement, car j'ai annoncé a priori l'incurabilité. Cependant on a essayé plusieurs moyens pour arriver, sinon à guérir, au moins à atténuer la gravité des symptomes. On a employé l'iodure de potassium, le bromure de potassium, la digitale. Certains médecins en employant avec une grande persévérance ces moyens ont dit avoir obtenu des résultats favorables. Mais, comme la maladie est sujette à des rémissions nombreuses, il est difficile de dire si les résultats dont on a parlé étaient dus aux médicaments administrés ou à la marche naturelle de la maladie. On doit, jusqu'à nouvel ordre, considérer les médicaments comme palliatifs et non comme moyens de guérison.

On a employé, au début les saignées. On considérait la maladie comme inflammatoire, et on a cru que la saignée pouvait être utile. Du temps de Broussais on y a souvent recouru, mais depuis, on y a renoncé. Cela détermine un afflux de sérosité plus abondant vers le cerveau, et l'on va contre le but qu'on se proposait. On prétend que les malades saignés

dans la première période arrivent plutôt à la paralysie ou à la démence. Cependant on emploie fréquemment les moyens antiphlogistiques locaux, les sangsues à l'anus et à la nuque et les ventouses scarifiées.

Dans d'autres circonstances, on emploie, à la première période, les révulsifs, les sétons, les moxas, et même le cautère ~~aiguisé~~ actuel appliqué à la nuque. Il y a 25 ans, mon père a fait, en communauté avec Mr. Voisin, des expériences sur l'emploi de ce moyen. Ces expériences ont été poursuivies en même temps à la Salpêtrière et à Bicêtre. On a obtenu des résultats favorables, des rémissions prononcées qui paraissaient dues à l'action du médicament et n'être point expliquées par la marche de la maladie. Cependant, dans la plupart des cas, la maladie s'est reproduite plus tard, et a suivi sa marche ; mais on a pu croire qu'on avait influencé son évolution en la retardant.

Indépendamment de ces moyens, il y a les moyens hygiéniques indiqués pour toutes les maladies du cerveau et particulièrement pour les diverses variétés

de la folie. D'abord les malades doivent être placés dans des asiles d'aliénés parcequ'il est indispensable de les protéger et de protéger les autres contre les accidents qu'ils pourraient occasionner. Mais ce n'est pas seulement au point de vue de la pratique, que le placement est utile pour les aliénés. Enfermer le malade dans un asile, c'est le mettre dans les conditions hygiéniques physiques et morales les plus utiles pour son bien-être, c'est le mettre dans un milieu nouveau où il rencontre les conditions les plus favorables à son état. Au lieu d'avoir, comme dans la famille, des causes perpétuelles d'excitation et d'être livré à lui-même, il est soumis à une direction intelligente basée sur l'expérience des cas analogues. Les mesures physiques consistent dans un exercice modéré, dans une alimentation réglée, restreinte; les malades sont quelquefois disposés à manger outre mesure, il faut ~~fixer~~ réduire leur alimentation, pour éviter soit les indigestions, soit des congestions cérébrales plus intenses.

J'ai signalé, comme complication de la paralysie générale, certains phénomènes, des attaques convulsives et congestives; il convient alors d'avoir recours à des

moyens plus énergiques pour combattre les accidents, il faut employer les sangsues, les révulsifs, les purgatifs, enfin les divers moyens auxquels on s'adresse pour les congestions cérébrales en général. Dans la plupart des cas ces congestions se dissipent d'elles-mêmes ; quand elles doivent guérir, elles guérissent presque sans l'intervention du médecin ; cependant il est bon d'indiquer certains moyens de guérison ; mais il est difficile de déterminer la part de la nature et celle des médicaments ou de la thérapeutique.

J'ai parcouru, Messieurs, très-rapidement les diverses parties de l'histoire de la paralysie générale. Ce tableau rapide est suffisant, Messieurs, pour vous faire comprendre qu'il s'agit là d'une forme spéciale de maladie mentale parfaitement distincte qui, tout en présentant tantôt les caractères de la mélancolie, tantôt ceux de la monomanie ou de la manie, tantôt ceux de la démence, c'est-à-dire des quatre variétés principales des maladies mentales, a des caractères spéciaux dans ses symptômes physiques ou intellectuels et moraux, dans ses

lésions, dans la marche en un mot, dans l'ensemble de ce qui constitue l'histoire d'une maladie.

Ce progrès si considérable, conquis par la science moderne dans l'étude des maladies mentales doit servir à la fois de guide, d'appui et d'encouragement pour de nouvelles découvertes. C'est dans cette voie que nous devons tous marcher, en observant les aliénés. Il faut rechercher des formes naturelles, au lieu de se contenter des manifestations apparentes des idées délirantes, des choses saillantes à première vue, sur lesquelles on a insisté principalement jusqu'à notre époque. Il faut pousser plus loin l'observation, ne pas se contenter des paroles émises par les aliénés, des idées qu'ils expriment, des actes qu'ils accomplissent, il faut pénétrer plus avant, observer l'état intérieur, le fonds de l'état mental et la marche de la maladie. C'est à la condition d'étudier l'ensemble de ces phénomènes physiques et moraux, la marche de l'affection mentale, qu'il y aura progrès véritable dans notre spécialité.

Nous avons déjà le spécimen de la paralysie générale comme forme naturelle ; il faut continuer

dans la même voie. Nous avons la folie circulaire ou à double forme, composée de deux éléments, manie et mélancolie, réunis d'une façon particulière, se reproduisant nécessairement pendant toute l'existence d'un individu. Nous avons aussi le délire de persécution sur lequel j'ai insisté, l'alcoolisme avec ses caractères particuliers. En un mot nous avons quelques spécimens de formes naturelles bien connues qui peuvent servir de base pour en découvrir de nouvelles. C'est dans cette voie, Messieurs, qu'il faut diriger la science des maladies mentales, au lieu de se borner à rester dans les errements de nos maîtres. Il faut sans doute leur rendre pleine justice, mais ils ne peuvent pas pourtant avoir tout découvert. Au lieu de rester dans leurs errements, il faut marcher en avant et suivre la voie naturelle, en étudiant la médecine mentale comme la médecine ordinaire, à l'aide des mêmes lois et des mêmes procédés, par l'observation clinique directe des malades, pour arriver à constituer de véritables formes, des espèces morbides analogues à celles de l'histoire naturelle, de la zoologie, de la botanique. C'est

à la condition d'employer les procédés de l'histoire naturelle qu'on pourra faire progresser cette partie spéciale de la Science.

15e Leçon.

Mardi 25 Janvier 1870.

Messieurs,

Pour compléter le cours de cette année, il me reste à vous parler de la paralysie générale, forme de maladie qu'on étudie depuis l'année 1822 et qui est devenue l'objet de grands travaux qui ont contribué, chacun pour leur part, à donner des détails nombreux, très difficiles à condenser en deux leçons; d'autant plus difficile qu'on a soi-même étudié davantage la maladie. Plus on connaît de détails, en effet, et plus il est difficile de concentrer son attention sur les points culminants. C'est, je le répète, une tâche très-difficile que de vous exposer en deux leçons l'histoire de la paralysie générale progressive.

Cette maladie a été considérée par Esquirol que comme une simple complication de la folie.

Il admettait que l'état de tous les aliénés arrivés à l'état chronique de démence, pouvait se compliquer de paralysie. Georget s'est demandé pourquoi le cerveau quand il est atteint dans les manifestations intellectuelles et sensitives, ne serait pas atteint dans les autres fonctions. C'est sur ces idées, plus anatomiques que cliniques, qu'a été étudiée la paralysie générale, comme complication de la folie. Dès l'origine Bayle qui a fait une monographie sur la maladie, a admis que c'était une maladie spéciale : une méningite chronique.

Je dois vous faire d'abord l'historique de la maladie.

Il faut remonter à Hoslam, auteur anglais qui en 1798, a mentionné certains faits caractéristiques qu'il a appliqués à cette maladie. Il a pensé qu'indépendamment de la démence, il peut y avoir des phénomènes qui atteignent la totalité du corps. Il a été fait de nos jours des recherches plus approfondies qui montrent que des auteurs anciens, ou du moyen-âge, ont connu cette maladie. Cependant, de nos jours c'est à Charenton qu'elle a été surtout étudiée ; c'est là que Royer Collard

l'a étudié le premier. Ses élèves Bayle et Calmeil ont publié deux volumes qui sont les monographies les plus importantes que l'on possède sur cette affection.

En 1822, Bayle a rapporté quelques observations très-importantes sur cette maladie mentale. Puis est venue la thèse de Delaye et l'ouvrage de Mr Calmeil (1826).

Depuis cette époque, tous les aliénistes ont étudié la paralysie générale soit dans ses symptômes, soit dans sa marche. Il faut établir plusieurs catégories des opinions qui ont régné sur cette maladie. Les uns, comme Esquirol et Calmeil, regardent la paralysie comme une complication de la folie et non comme une maladie spéciale, et les autres lui ont fait, au point de vue anatomique, une existence particulière. Ils ont dit que c'était une encéphalite chronique qui pouvait se produire dans un grand nombre de variétés de la folie. Esquirol a soutenu que la paralysie était une complication ou une terminaison de diverses formes de la maladie mentale qu'elle pouvait survenir chez les aliénés, après

trente ou quarante ans d'existence de la folie, c'est-à-dire que les phénomènes de la paralysie générale pouvaient s'ajouter aux phénomènes de la démence, de la manie et de la monomanie.

Bayle, dès 1825, a dit au contraire que c'était une maladie spéciale caractérisée par des phénomènes intellectuels et physiques, sous le nom de méningite chronique.

Parchappe qui a publié des autopsies très intéressantes sur cet objet, a admis les deux opinions. Il a admis certains cas fort rares de complication de la folie chronique; mais suivant lui, presque toujours la paralysie existe presque dès le début de la maladie.

L'opinion inverse a été soutenue dès 1844, 1845, par d'autres auteurs, entre autres par MM. Réguin, Baillarger, Lunier, et en 1849, par MM. Sandras et Duchesne (de Boulogne). Tous ces médecins ont fixé leur attention sur les phénomènes physiques de la paralysie générale, et M. Baillarger, en particulier, a exprimé cette opinion que, dans la paralysie générale, les phénomènes physiques étaient le fait principal, et la folie ou le trouble

mental le fait secondaire.

Enfin, il s'est produit une quatrième opinion soutenue par plusieurs médecins des hôpitaux de Paris. Ils ont admis que la paralysie générale progressive pouvait exister sans délire, c'est-à-dire que les faits de paralysie générale pouvaient se rencontrer dans les hôpitaux ordinaires sans délire et suivaient pourtant la même marche que dans les asiles d'aliénés.

Les uns admettent donc que la paralysie n'est qu'un symptôme qu'une complication pouvant se produire chez tous les aliénés. Pour d'autres, au contraire, comme pour Bayle, c'est une maladie du cerveau sui generis, spécial, au point de vue des symptômes et de sa marche, une maladie demandant une place à part : c'est l'opinion dominante.

Deux opinions encore : il y en a qui admettent que c'est une maladie où les phénomènes physiques dominent et d'autres que le trouble mental peut manquer et laisser subsister seulement les phénomènes paralytiques.

Cependant quelles que soient ces divergences, il y a des points qui sont admis par tout le monde. La paralysie, qu'elle soit une complication ou une terminaison, est une maladie de la surface du cerveau. On découvre presque toujours à l'autopsie des lésions caractéristiques pouvant servir de base à une espèce morbide. Le microscope a démontré qu'il existait des lésions, non-seulement dans le cerveau, mais dans la moëlle et dans les méninges; il est venu ainsi apporter son appoint à la constatation de l'espèce nosologique.

C'est à ce point de vue particulier que je me placerai. Je crois que la paralysie est une affection spéciale. Ce n'est ni la folie, ni une maladie cérébrale comme c'est une maladie distincte placée entre la folie et les autres maladies cérébrales et qui a besoin d'une description particulière.

Ce qui a fait la confusion, selon moi, c'est que cette maladie, malgré l'ensemble des phénomènes qui la constituent à l'état d'unité présente de nombreuses diversités qui font penser à beaucoup que ces faits peuvent ne pas rentrer dans la même

unité. Cependant l'unité peut être constituée au milieu de ces diversités.

La paralysie générale est-elle une maladie héréditaire ? On l'a contesté, nié, et l'on a dit que, dans la plupart des cas, il n'était pas possible de trouver chez les ascendants des phénomènes pouvant être considérés comme appartenant à la paralysie. C'est là une opinion trop absolue. Beaucoup ont eu des ascendants atteints de la même maladie surtout de maladies congestives du cerveau, maladies qui se rencontrent plus souvent que la folie proprement dite, si l'on compare la paralysie aux autres formes de la folie, mais l'hérédité se retrouve sous la forme congestive, tandis que dans les autres variétés, elle se retrouve sous la forme névropathique.

La plupart des malades manifestent des prédispositions à cette forme de maladie mentale. Quand on remonte dans le passé, on découvre que depuis dix ans ils étaient dans un état d'excitation cérébrale, qu'au moment même où ils ont réussi, obtenu des succès extraordinaires dans les affaires

ou ailleurs, ils étaient déjà sous l'empire d'une excitation cérébrale évidente. On peut ainsi remonter à des antécédents qui datent de dix, de quinze ans. Les malades sont alors très actifs, très bienveillants; ils ont une prédisposition à voir tout en beau, à vivre à l'aventure, à être téméraires et entreprenants. Leur vie est composée d'une foule d'incidents; ils sont en un mot, d'une activité extraordinaire qui les pousse à une foule d'entreprises. C'est là le premier indice d'une prédisposition à la maladie.

Pour bien décrire la paralysie générale, il faut la diviser en quatre variétés principales. C'est pour avoir omis de faire cette division que l'on a manqué la description des prodromes de la maladie.

La variété plus spécialement paralytique c'est celle que l'on remarque dans les hôpitaux, celle qui est considérée comme une variété sans délire. Quand on est appelé et que l'on observe le malade à son début, on constate une altération dans les mouvements, un tremblement léger dans les mains, un embarras dans la parole, un manque de précision dans les mouvements qui porte les malades à ne

plus rien faire : ils n'écrivent plus, cessent de toucher du piano, de se livrer à divers exercices qui exigent de la délicatesse de mouvement dans les doigts. C'est dans ces actes que l'on constate d'abord le trouble qui existe dans les mouvements. Puis ces malades trébuchent en marchant : ils ne peuvent plus boutonner leurs vêtements. On remarque qu'ils éprouvent de grandes difficultés pour s'habiller, pour marcher, comme cela a lieu dans les maladies de la moëlle épinière. Il y a de plus une autre variété où les phénomènes débutent pour les jambes par des engourdissements, par des faiblesses, ce qui se produit aussi du reste dans les maladies de la moëlle épinière. C'est dans ces cas que l'on a pu découvrir des maladies de la moëlle coïncidant avec le trouble du cerveau. Il y a des paralytiques qui débutent comme les malades atteints de la moëlle. Ils ont des frémissements, des tremblements dans les membres inférieurs, sans aucun trouble cérébral. On voit dans les hôpitaux arriver des malades qui ont toute leur intelligence, ou dont l'intelligence est à peine atteinte et qui ont une

conscience exagérée de leur état. Presque toujours ils sont extrêmement occupés de leur état maladif, cherchant des remèdes; ils voudraient d'autant plus se débarrasser de leur infirmité, ils sont d'autant plus préoccupés de leur état, qu'ils ont une profession, et que ces lésions les empêchent de gagner leur vie, surtout s'ils exercent un métier qui exige une grande dextérité. Ils ont une conscience exagérée de leur état, une tendance hypochondriaque. Ils consultent les médecins et l'on constate chez eux de la faiblesse intellectuelle. S'ils sont étudiés par un médecin expérimenté, on constate alors facilement qu'ils ont un commencement de débilité intellectuelle. Leur mémoire, leurs pensées ne roulent plus que sur certaines idées; ils ont baissé intellectuellement; ils ont changé. Ce sont leurs parents, leur femme, leurs enfants qui peuvent le mieux donner des renseignements utiles. Pour un médecin qui observe superficiellement, ces phénomènes passent inaperçus, mais pour ceux qui vivent avec lui, cet état dure quelquefois depuis des années sans qu'on ait considéré le malade comme atteint de folie. Il y a des malades

qui restent ainsi de deux à cinq ans, dans cette première période de la maladie, mais cet état finit toujours par aboutir à la manifestation des phénomènes habituels de la maladie, à une paralysie très bornée, à des attaques congestives. Ce n'est donc pas là une maladie distincte, c'est une phase différente de la même maladie à son début.

A côté de cette variété vient se placer la variété congestive, variété très fréquente qui se rapproche du ramollissement du cerveau, de toutes les maladies organiques du cerveau, des tumeurs, des maladies variées de l'encéphale. Les malades éprouvent des maux de tête, des vertiges, de petites attaques et un embarras de parole bien plus prononcé après les attaques que pendant. La congestion cérébrale ordinaire qui laisse peu de traces et permet au malade de revenir peu à peu à son état normal. La congestion des paralytiques, au contraire, entraîne à de plus graves conséquences. Ils baissent in=tellectuellement; leurs mouvements s'altèrent; leur mémoire se perd; ils oublient les choses les plus usuelles de la vie; ils deviennent comme

les apoplectiques; ils versent des larmes; il faut les conduire comme des enfants; ils deviennent irritables; leur caractère se modifie. En un mot, il y a des phénomènes physiques et intellectuels plus prononcés que dans les simples congestions. C'est ordinairement à la suite de plusieurs congestions de ce genre qu'on voit survenir les phénomènes les plus caractéristiques de la maladie. L'embarras de la parole augmente; le trouble mental, la difficulté de marcher, etc, deviennent plus grands. On voit ainsi en poussant l'examen, des variétés congestives cérébrales se rapprocher de plus en plus des paralysies générales telles qu'on les étudie dans les asiles d'aliénés.

La variété mélancolique est peu connue. Dans les ouvrages de Bayle et de Calmeil on voit que le début de cette maladie est indiqué. Les malades qui débutent par la mélancolie sont dans une grande prostration; ils gardent la chambre, le lit, se trouvent courbaturés. Il semble qu'ils vont éprouver une grande maladie; il y a chez eux un grand affaissement moral et physique, et en même temps, il se manifeste quelques conceptions délirantes.

Ils se croient perdus, ruinés, accusés pour des crimes imaginaires. Il y a une période qui a de conceptions délirantes, comme les conceptions ultérieures. Cette première période a été signalée par Mr Baillarger qui l'a appelée la mélancolie congestive. A cette première période il est possible de déterminer la paralysie, de dire s'il y aura paralysie générale; cependant, on peut s'y tromper, et l'on ne doit se prononcer, qu'après avoir acquis une certitude. Quand on voit un homme actif qui réussissait très-bien dans ses affaires et qui, tout à coup, sous l'influence d'une congestion, de vertiges, tombe dans un état de prostration profonde, au lieu d'une maladie mentale ordinaire, on peut s'attendre à une paralysie générale. Cette première période dure trois à quatre mois; le malade revient ensuite à son état ancien, et même à un sentiment de bien-être qui contraste singulièrement avec l'état qu'il vient de quitter. Il se croit revenu à son état normal; il trouve même qu'il ne s'est jamais aussi bien porté; jamais il n'a éprouvé un bien-être semblable. L'excitation succède alors à la période

mélancolique et l'on voit le malade arriver rapidement à l'excitation des paralytiques ordinaires. Cette transformation peut être subite, et l'on voit des malades passer, en une nuit, en deux jours, ou trois jours de l'état mélancolique à la paralysie. C'est la quatrième forme du début de la maladie. Dans la plupart des cas en effet les paralytiques ont passé par l'une de ces trois périodes congestive, apoplectique et mélancolique.

La quatrième variété arrive aussi d'emblée. c'est la plus connue. Les malades étaient prédisposés à une grande activité intellectuelle et physique, ont entrepris de grandes affaires, mais dans des limites normales; il est difficile d'apercevoir à quel moment cette excitation devient maladive; cependant il y a des phénomènes caractéristiques; ils commencent à ne plus dormir, se livrent à des excès de femmes, de boissons; ils ne sont plus eux-mêmes. Au lieu d'être exacts dans leur ménage, ils commencent à mener une vie vagabonde, irrégulière; ils font des voyages, etc: c'est une activité fébrile très-grande; il y a des modifications de caractère flagrantes. Ils étaient colères, irritables, mais à des degrés compatibles avec

l'état normal, et ils deviennent alors tellement bizarres, que tout le monde s'aperçoit de la transformation de leur caractère. Leur femme, leurs enfants souffrent beaucoup de leur état. La colère augmente; ils sont même disposés à se livrer à des voies de fait; ils deviennent de plus en plus irritables; ils éprouvent le besoin de vagabonder, de se promener dans un désordre particulier. Il y a, en un mot, des actes désordonnés qui indiquent d'une manière manifeste l'explosion de la maladie. Dans d'autres cas moins manifestes, ils accomplissent des actes qui les conduisent devant les tribunaux. Ce sont, par exemple, des actes de faux en écriture privée. Quand il s'agit de malades avocats, notaires, médecins, on a beaucoup de peine à démontrer aux tribunaux que ces actes criminels sont le produit d'un état mental et ne méritent pas condamnation. Il y a aussi souvent des vols, mais des vols d'un caractère particulier; au lieu d'être combinés, ce sont des vols insignifiants, des vols d'objets, par douzaine, par six, faits sans précaution, à la devanture d'une boutique,

par exemple. Ce sont des vols qui à vrai dire, ne sont pas des vols; ils s'approprient des objets, parcequ'ils croient en être propriétaires. C'est dans cet état qu'on arrête les paralytiques. On les conduit devant les tribunaux et on les prend souvent pour des criminels. Les paralytiques sont encore arrêtés souvent pour n'avoir pas voulu payer une consommation au café, au restaurant. Sans cet acte public, beaucoup de paralytiques ne seraient pas arrêtés, car, dans bien des circonstances, on garde encore dans les familles des malades qui sont déjà à cette première période expansive de la maladie. Fait remarquable: ils ne commencent pas par avoir des conceptions délirantes exagérées, mais l'on remarque chez eux un délire d'action et non d'idées. Ils deviennent contraires à ce qu'ils étaient. Leur caractère est altéré, irritable, violent. Une grande altération se produit d'abord dans leur caractère qui était doux, bienveillant, mais l'in=telligence se conserve. Ils sont optimiste; ils se croient très-forts, ont une vivacité exubérante, se croient de grands chanteurs, de grands musiciens, ils croient avoir acquis des facultés nouvelles. Les

faits qui sont délirants restent pourtant dans des limites compatibles avec la raison, comme les choses qu'ils estiment sont compatibles avec leur situation sociale ou leurs dispositions. Il n'y a pas encore d'énormités suffisantes pour caractériser le délire, mais le plus souvent ils ont une vanité exubérante, se croient très-forts dans une direction particulière; jusque toujours le malade franchit la limite qui sépare la santé de la maladie. Les malades montent, en quelque sorte, en grade; de colonels, ils passent généraux, rois, empereurs : ils franchissent tous les échelons de la hiérarchie, de la grandeur. C'est à cette période de transformation où l'excitation cérébrale devient délirante que ces malades sont enfermés; la vie de famille ne serait plus possible pour eux. Une fois cette période survenue, la marche de la maladie est très-rapide; en peu de jours, ou de semaines, les malades arrivent à un délire des plus violents.

Donc, il existe quatre variétés de phénomènes congestifs, intellectuels, moraux, très-différents les

uns les autres par lesquelles vient passer le malade avant d'arriver complètement à la paralysie générale caractérisée. Mais ces phénomènes convergent tous vers le même mode de terminaison, et, à leur entrée dans les asiles, les malades présentent alors des phénomènes communs, comme des rivières, des ruisseaux, dont le cours ne se ressemble point, constituent une fois qu'ils ont abouti au fleuve dans lequel ils se fondent, une vaste unité.

C'est à ce moment qu'il faut prendre le malade pour décrire la première période de la paralysie générale.

On a d'abord, dans l'étude de cette maladie, procédé à reculons. On a débuté par l'autopsie. On a ouvert leurs crânes, et l'on a découvert des lésions cadavériques qu'on a rattachées aux phénomènes des dernières périodes de la maladie. Le plus souvent la maladie est étudiée dans les hôpitaux, dans le monde, à une époque où l'on n'a encore pu penser à la faire observer par un aliéniste.

La première période des auteurs correspond donc au moment où le malade entre dans l'asile. Le caractère est très-tranché, on remarque un très-grand

embarras dans la parole, un très grand affaiblisse-ment intellectuel; et un grand nombre de malades arrivent à cet état d'affaiblissement sans excitation. Dans la plupart des cas, les paralytiques sont très excités, excités au degré de la manie la plus complète. Les paralytiques sont les plus désordonnés des aliénés: il n'y en a pas de plus difficiles; ils abordent tout le monde pour leur raconter les idées qui les préoccupent; ils sont surtout dominés par des idées de grandeur. On a cru que ces idées étaient un fait caractéristique; il y a cependant différentes formes où ces idées ne jouent aucun rôle. Quoi qu'il en soit, il y a des caractères communs qui s'appliquent à tous les paralytiques.

Les conceptions délirantes sont *multiples, absurdes, mobiles et contradictoires*. Voilà les quatre caractères qui permettent de distinguer les paralytiques du délire partiel. Dans celui-ci le délire tend à une concentration autour d'idées-mères qui servent de centre à cette concentration. Le malade est dominé par des idées déterminées et cherche à les rendre plausibles. Le paralytique

ne se donne pas tant de peine, il accepte tout ce qui se présente, admet qu'il est empereur, roi, pape, qu'il est riche, qu'il a fait des héritages superbes, qu'il est devenu musicien, poète, spontanément, du jour au lendemain. Rien ne l'étonne : il ne se donne pas la peine d'expliquer ces transformations. On voit des malades d'une profession infime qui se trouvent transformés en souverains, sans être étonnés de cette transformation; ils racontent parallèlement leur vie réelle et leur vie imaginaire : Ils vous disent qu'ils ont été tailleurs, et ils vous décrivent tous les détails de cette vie de travail; puis ils vous racontent en même temps qu'ils ont des palais, des vêtements princiers. Ils croient, à la fois, être homme et femme, pape et empereur, en un mot, ils ont des conceptions essentiellement contradictoires. Ces caractères de la maladie sont très-importants à examiner, ils servent au pronostic, car quand on constate ces faits, on peut affirmer que l'on a affaire à un paralytique. Il ne suffit pas de dire que tel aliéné se croit empereur, pour que cet aliéné soit atteint de paralysie générale, mais il faut qu'il y ait en outre une multiplicité de conceptions

sans bases, mobiles, qui se contredisent. Il n'y a pas de doute alors ; c'est dans les caractères généraux que résident les caractères distinctifs de cette forme de maladie mentale.

D'autres fois, les malades sont plus calmes. Ils ont un véritable sentiment de bien-être ; ils sont enchantés d'eux-mêmes ; ils voient tout en beau, mais ils ne se croient pas empereur, ni pape, etc : ils paraissent nager dans un état de satisfaction générale. C'est surtout fréquent chez les femmes. La Salpêtrière est surtout l'asile de ces simples satisfactions, sans idées de grandeurs exagérées. Mais souvent aussi l'excitation arrive, ensuite et alors le malade crie, chante, et rien n'est plus difficile que de le contenir. Ces excitations ont quelquefois de longues durées. On voit des malades qui, pendant six mois, ne cessent pas d'être excités, d'être constamment en mouvements, qui ont des agitations convulsives. Le caractère de la maladie se manifeste par la forme de l'excitation. Ils sont plus agités, plus convulsifs que les autres aliénés, que les aliénés ordinaires. Ils se déshabillent ; ils se

livrent à des actes automatiques plus violents que ceux qu'accomplissent les malades ordinaires.

A cette période, on constate quelques phénomènes particuliers : l'embarras de la parole est d'abord parfois très léger et très difficile à saisir. C'est plutôt une suspension momentanée de la parole qu'une véritable paralysie. Les malades ont de plus des tremblements aux lèvres, ou dans la langue. Il faut une grande habitude pour apprécier ces symptomes qui se produisent par de légères interruptions dans les phrases, dans les mots. Le malade s'arrête au milieu d'un mot, il faut qu'il fasse un effort pour lancer les dernières syllabes. C'est ainsi qu'on peut constater l'embarras qui existe dans la parole à la première période ; plus tard, quand la maladie avance, l'embarras de la parole devient plus manifeste.

On remarque encore, à la première période, d'autres phénomènes physiques dont les uns disparaissent et les autres deviennent constants plus tard : des maux de tête, des vertiges, l'incontinence d'urine. On voit des malades qui, en marchant, au lit, perdent connaissance, un instant. Cela peut

servi pour caractériser la maladie. L'insomnie existe. Les malades ne dorment plus, ils restent immobiles, sans sommeil, souvent pendant plusieurs mois. Ce sont là les caractères principaux de cette maladie. Un autre fait important c'est la marche ultérieure de la maladie. Les premiers auteurs avaient admis qu'elle avait une marche régulière vers la mort; on n'admettait point que cette maladie put avoir une suspension dans sa marche. On la regardait comme régulièrement progressive. C'était l'opinion d'Esquirol. Aujourd'hui, l'observation a prouvé le contraire. Dans beaucoup de circonstances, il peut y avoir une suspension, un temps d'arrêt très-prolongé. Après plusieurs mois d'excitation maniaque avec idées de grandeur, congestions, incontinence, faiblesse des membres inférieurs, affaiblissement général, la maladie peut arriver à un état qui peut paraître satisfaisant; on voit alors des malades qui ont eu tous les phénomènes de la paralysie et qui arrivent à un état de guérison apparente. Les malades arrivent à avoir connaissance de leur état antérieur; ils cessent d'avoir de l'embarras de la

dans la parole, l'incontinence d'urine disparaît, et le malade revient à un état presque normal. Ce sont les faits qui ont attiré l'attention de Mr. Baillarger et qui lui ont fait admettre que la paralysie pourrait être composée de deux états différents; la paralysie progressive, avec idées de grandeurs, et des manies con: :gestives qui peuvent disparaître: le malade, dans ce dernier cas, est, sans doute, dit-il, prédisposé à la paralysie générale, mais point d'une manière fatale. Son opinion n'est pas partagée par beaucoup de médecins, mais il a rendu service en indiquant ces faits. Que de malades condamnés à rester séquestrés, con: :damnés à mort dans un temps limité, peuvent rentrer dans leurs familles, se livrer à leurs occupations, se marier, remplir tous les devoirs de la vie sociale! Il y a là, cependant, une question scientifique. Au lieu de ne voir dans cet état qu'une maladie con: :gestive qui peut guérir, ne serait-il pas plus juste de n'admettre cet état que comme une période de la paralysie? Pour admettre cette conclusion nosologique, il suffit de trouver un terme de com: :paraison dans d'autres maladies. L'étude de la

phthisie pulmonaire peut éclairer cette question nosologique. La phthisie, en effet, est considérée comme une maladie incurable marchant toujours vers la mort. Dès que certains symptômes se manifestent, l'état fébrile, l'amaigrissement, les cavernes dans les poumons, fatalement la maladie marche vers une terminaison funeste, chronique ou galopante. De même dans la paralysie, la maladie suit le même cours; quelquefois chronique, quelquefois galopante; mais, de même que dans la phthisie, après une poussée tuberculeuse, le malade reprend ses occupations, est presque guéri, de même dans la paralysie, après une manie congestive, le malade revient à ses occupations. Mais, de même qu'il y a à craindre une nouvelle poussée tuberculeuse, analogue aux premières, de même dans la paralysie, il est constant qu'une nouvelle poussée congestive déterminera les mêmes accidents, que la paralysie reparaîtra avec les mêmes caractères. La manie congestive n'est donc pas une maladie, mais une des périodes

et à paralysie générale, période où il est utile de distinguer de celles où il n'y a point de sus=
=pensions, d'arrêts dans la maladie.

16e Leçon.

Samedi 29 Janvier 1870.

Messieurs,

Je vais terminer aujourd'hui le cours que j'ai entrepris cette année sur les maladies mentales : je l'achèverai par la description de la seconde période de la paralysie générale. J'examinerai successivement ses causes, son anatomie pathologique, sa marche ; puis je parlerai du diagnostic différentiel et du traitement.

Dans la dernière séance j'ai décrit, trop rapidement, parceque le temps me pressait, la première période de la paralysie générale. J'ai commencé par l'historique de la maladie et par l'étude de la période qui précède l'entrée des paralysés dans les asiles. J'ai dit que cette période pouvait être très longue bien plus longue qu'on ne le croyait il y a vingt ans,

bien plus longue qu'ils le croyaient ceux qui, les premiers ont decrit cette maladie. Cette maladie, en effet, a été étudiée à reculons. On a commencé par l'autopsie, on a constaté que certains aliénés mouraient avec des phénomènes de paralysie, que ces aliénés, ordinairement chroniques, manifestaient souvent à l'autopsie des lésions plus caractéristiques que dans les autres formes de folie. Voilà le premier fait qui a fixé l'attention des observateurs, Calmeil, Esquirol, etc tous les auteurs qui les premiers ont écrit sur cette maladie.

Ils avaient alors considéré la paralysie generale comme une simple complication de la folie chronique, mais, peu à peu, par de nouvelles ob:servations plus nombreuses, faites tant dans les asiles de France que dans ceux de l'étranger, on a vu que cette maladie était bien réellement spéciale sui generis existant dès le début, avec ses caractères propres, qu'elle ne se produisait pas comme com:plication d'une folie chronique. Cette erreur de doctrine a été rectifiée et aujourd'hui la plupart des aliénistes admettent je le répète qu'elle est

<u>sui generis</u>. Souvent elle remonte très-haut dans la vie des individus. On peut trouver certains malades en petit nombre, il est vrai, qui peuvent être considérés comme prédisposés, dès leur naissance. La maladie est, comme je le dirai quelquefois héréditaire et même doublement héréditaire; elle repose non-seulement sur des faits de folie, chez les ascendants, mais sur des faits de maladies cérébrales liées avec la folie: l'apoplexie, les congestions, les ramollissements qui figurent souvent parmi les symptômes de la paralysie. Je reviendrai sur cette question, à propos de l'étiologie.

J'ai dit que la paralysie générale avait des débuts très-variés; qu'elle pouvait dans la société, dans le monde, dans la famille se manifester sous des formes tellement diverses, qu'on pourrait croire à des maladies différentes; que tantôt la paralysie se présentait à la fois, sous la forme simple de maladie congestive analogue à celle des ramollissements cérébraux commençant ou d'apoplexie légère; que dans d'autres circonstances, elle se présentait avec les caractères de paralysie générale

sans délire : c'est-à-dire, que les phénomènes physiques dominent de beaucoup les phénomènes intellectuels et moraux. On voit dans tous les hôpitaux des malades atteints de cette maladie sans délire, dans laquelle paraissent seulement les phénomènes physiques : embarras de la parole, tremblement des mains, gêne de la marche, des phénomènes physiques très-marqués, tandis que les phénomènes intellectuels sont à peine sensible : Cette variété a été admise par Requin, par , Mr. Bierre de Boismont, par Mr. Duchenne (de Boulogne,) comme une forme spéciale nommée paralysie générale sans aliénation. On lui a donné des caractères spéciaux, basés sur l'examen électrique ; sur la contractilité qui est altérée, tandis que, quand il y a aliénation, les muscles ont conservé leur contractilité. Une observation plus attentive a démontré qu'il s'agissait d'une variété de début qui peut se prolonger quelques années au plus ; mais tôt ou tard, survient le délire soit sous forme de démence, soit sous forme de délire maniaque avec congestion. Il y a d'autres malades que Mr. Baillarger a signalés à l'observation, ainsi

ces dernières années, qui débutent par un stade mélancolique. La mélancolie est souvent un état prodromique de la paralysie générale; il a établi que cette variété avait des caractères spéciaux; mais ceux qu'il a admis s'appliquent plutôt à la mélancolie survenant dans le cours de la paralysie générale qu'à la période prodromique où l'on constate des idées mélancoliques, des idées de ruine, de culpabilité comme d'autres formes. Il est difficile de trouver des caractères spécifiques, ainsi que l'a démontré récemment un ancien interne de Charenton. Il a insisté particulièrement sur ce point, et il nie d'une façon absolue, la mélancolie dans la paralysie.

Quelle que soit la diversité des formes dans le début la maladie aboutit toujours à une forme identique, c'est-à-dire que lorsque les malades entrent dans les asiles, ils se présentent généralement avec un caractère commun; il y a bien des diversités de degrés sur lesquels j'insisterai; mais les caractères communs sont tellement nombreux qu'ils permettent de reconnaître la maladie.

Les caractères communs sont d'abord la démence, c'est-à-dire, l'affaiblissement des facultés intellectuelles à divers degrés. Ce caractère est tellement pathognomique, qu'il se rencontre même dans les formes dites monomaniaques, dans le délire de grandeur le plus actif, le plus entreprenant, ayant la plus grande vivacité qu'on observe chez certains paralytiques, qu'on y trouve des traces de démence commençante. Le délire, au lieu d'être coordonné, systématisé, comme dans l'aliénation partielle ordinaire, est frappé d'une débilité radicale, en ce sens qu'il est contradictoire, composé de délires multiples sans consistance, mal coordonnés : il y a donc des traces de démence, même au milieu du délire le plus actif en apparence et le plus systématisé.

Cette démence est encore plus manifeste dans la période maniaque, au milieu de l'agitation incoercible qui caractérise la paralysie générale. A cette période il y a des traces de démence évidentes : la mémoire, l'intelligence sont affaiblies, toutes les facultés ont baissé de niveau, l'individu est différent de ce qu'il était avant la maladie, de sorte que dans les cas d'activité apparente la plus considérable, on trouve toujours les

traces de faiblesse, des traces de paralysie. Puis elles sont plus prononcées à mesure que la maladie marche; plus on avance, plus la démence devient évidente. Seulement plusieurs variétés se présentent dans cette seconde période. Tantôt la maladie marche simplement vers la démence simple calme; l'intelligence baisse de niveau, arrive à un degré excessivement minime; à ce point que les malades reconnaissent à peine ceux qui les entourent; ils ont oublié les souvenirs de leur vie passée; ils peuvent à peine répondre à quelques questions qui leur sont adressées; ils ne peuvent échanger d'idées avec leurs interlocuteurs; tantôt, au contraire, la maladie prend une forme maniaque, l'agitation devient excessive, plus ou moins, suivant les cas particuliers, car il y a des diversités de marche, même à la seconde période.

Mais malgré ces diversités nombreuses, on peut retrouver les caractères principaux de la maladie, soit dans l'état moral, soit dans l'état physique. Il y a même des formes mélancoliques dans lesquelles les paralytiques, après avoir présenté le délire des grandeurs le plus caractérisé, ou sans

d'avoir jamais présenté, arrivent à une période où dominent des conceptions délirantes, hypochondriaques ou mélancoliques; mais elles conservent alors un caractère particulier: les malades s'imaginent qu'ils n'ont pas de tête, qu'ils n'ont pas de bouche, qu'ils n'ont pas d'intestins, qu'ils ne peuvent manger parcequ'ils n'ont pas de bouche, qu'ils n'ont pas de bras qu'ils ont des jambes de plomb; enfin qu'il s'est produit dans leur personnalité physique une altération qui les transforme complètement et les rend différents d'eux-mêmes. Ces conceptions nommées par Mr. Baillarger, hypochondriaques sont spécifiques, c'est-à-dire qu'elles sont tellement fréquentes qu'elles peuvent servir, jusqu'à un certain point, au diagnostic. Elles ne sont pas précisément pathognomiques, c'est-à-dire que certains malades non paralytiques peuvent les présenter; mais quand un malade se plaint de ce que nous avons dit, c'est-à-dire, d'avoir la tête ou des membres en plomb, d'avoir une mâchoire de cheval, vous devez vous tenir sur vos gardes et chercher s'il ne s'agit pas de paralysie générale, et si d'autres symptômes ne confirment pas le diagnostic basé sur la nature des

conceptions délirantes.

Il y a des mélancolies congestives de même qu'il y a des manies congestives, c'est-à-dire qu'il y a certaines conceptions délirantes de nature mé:
:lancolique, comme il y a des conceptions de nature bizarre qui caractérisent la forme expansive et maniaque de la paralysie générale.

Avant que ces malades arrivent à être gâteux, on voit souvent, même dans un état de paralysie avancée, survenir un temps d'arrêt, une sorte de suspension et même une rétrogradation de la maladie. Ce fait n'était pas connu autrefois. On croyait alors que la paralysie générale était toujours continue et progressive dans sa marche; que, lorsqu'une fois, elle était bien constatée et avait des caractères pathognomiques, il était impossible qu'elle rétrogradât; qu'elle continuait à marcher fatalement sans interruption vers la démence la plus profonde et vers la mort. L'observation a prouvé qu'il n'en était pas ainsi, qu'il y avait des rémissions très prononcées et tellement intenses qu'elles ont pu être considérées comme des guérisons.

Dans ce cas, les malades peuvent revenir dans la société, dans leur famille, et reprendre leurs occupations antérieures: quelques-uns même se sont mariés, ils ont repris leurs fonctions publiques, leur position dans la famille et dans la société pendant un certain temps et passaient pour complètement guéris. Seulement la question est alors de savoir si ce sont là des guérisons certaines, radicales et durables, et si l'on ne doit pas redouter et même affirmer le retour de la maladie, dans un temps plus ou moins rapproché.

En général, du reste, les rémissions ne sont pas aussi complètes: quand le malade retourne dans la société, dans ces conditions de rémission, il conserve certains symptômes au physique: l'embarras de la parole subsiste, il y a faiblesse dans les membres inférieurs ou supérieurs; au moral, l'intelligence a baissé de niveau. L'individu est toujours intellectuellement au-dessous de lui-même, et ceux qui l'ont connu, ne le retrouvent pas tel qu'il était précédemment; il y a une déchéance intellectuelle manifeste, par conséquent ce n'est pas la guérison. Ici se posent des questions très-graves au point de vue médico-légal. Dans ces

ns de rémissions incomplètes, l'individu peut-il récupérer ses droits civils ? et dans le cas d'action criminelle dirigée contre lui, doit-on lui imposer la responsabilité complète de ses actes ?

Mais soit que la paralysie générale ait une marche continue et progressive, soit qu'elle présente des rémissions prolongées, simulant la guérison, elle arrive à la seconde période caractérisée à peu près par les mêmes symptômes que la précédente, mais à un degré bien plus prononcé. Le malade a cessé de pouvoir marcher ; il est assis sur un fauteuil, il peut à peine se livrer à certains mouvements. La paralysie n'est jamais complète, absolue, mais l'embarras de la parole est prononcé : le malade est ordinairement gâteux ; les symptômes physiques sont plus prononcés que dans la première période. Quant à l'état mental, la démence est également bien plus prononcée. Alors les malades sont dans un état d'agitation automatique : ils déchirent, ils se déshabillent ; ils sont extrêmement difficiles à contenir ; jour et nuit ils parlent sans cesse, mais leur délire est incohérent ; ils répètent les

mêmes paroles; souvent les idées de satisfaction et de grandeur persistent au milieu de la démence incohérente, mais ces idées elles-mêmes sont bien moins coordonnées, moins liées que dans la période précédente. La démence incohérente est des plus caractérisées: on voit alors sur-venir des attaques congestives ou convulsives. Ces attaques sont extrêmement variables chez les divers malades, dans leur nombre, leur degré et leur intensité. Chez certains malades ce sont de petites attaques faibles, incomplètes, analogues aux vertiges épileptiques, aux congestions passagères de certaines affections cérébrales. Le malade perd connaissance; quelquefois même il ne tombe pas. Dans d'autres cas, la perte de connaissance est accompagnée de mouvements convulsifs; alors le malade recommence à marcher, à se livrer à des occupations premières comme avant l'attaque. Quelquefois, après l'attaque, il reprend plus d'intelligence qu'il n'en avait auparavant. D'autres fois l'attaque est tellement prononcée, qu'elle arrive au degré de coma, de mort apparente. Dans ces conditions d'attaques congestives ou convulsives, des paralytiques peuvent être considérés comme morts; il est arrivé qu'on les a mis dans le suaire, les croyant

morts ; mais quelquefois ils reviennent à eux, se remettent à marcher et on les retrouve le lendemain, à la visite, dans un état plus satisfaisant que la veille. Cela est très important à constater au point de vue clinique.

Une fois qu'il s'est produit une attaque chez un paralytique, il s'en produit fréquemment de nouvelles, mais le malade en subit un grand nombre avant d'arriver à la dernière qui entraîne la mort. Certains malades en ont très peu ; on ne connaît pas jusqu'à présent, les lois de la fréquence ou de l'intensité des attaques.

Plus tard, la maladie marche avec une extrême lenteur, mais il y a une marche régulière, continue. Alors le malade arrive à la troisième période. Il garde le lit, ne peut plus marcher, se soutenir sur son fauteuil ; il est couché, le corps incliné d'un côté ; il y a souvent une hémiplégie incomplète ; il est gâteux jour et nuit ; souvent des escarres se produisent au siège, au sacrum, dans les diverses parties du corps qui appuient sur le lit, et c'est une des formes de la mort qui survient dans cette

maladie.

Ainsi d'une manière très-générale et très-rapide, la paralysie générale envisagée dans son ensemble, est une maladie chronique, continue. Si l'on ne tient pas compte des variétés de marche qui existent dans le cours si long de la maladie, à l'envisager depuis son début jusqu'à sa terminaison, elle marche continuellement vers la démence et vers la mort; mais sa marche n'est pas régulière, elle a des paroxysmes pendant lesquels le malade est très-agité, incoërcible; d'autres fois il y a des rémissions; le malade rentre dans sa famille et dans la société, et reprend les conditions de la vie ordinaire. Cette forme de la paralysie générale mériterait d'être plus connue qu'elle ne l'est, surtout au point de vue médico-légal.

Ne pouvant entrer dans les détails, j'ai dû me borner à cette ébauche sur la marche de la paralysie générale.

J'arrive à l'étude des causes. L'étiologie de la folie est très-difficile comme vous le savez; cependant nous avons pour la paralysie générale quelques données. Cette forme est moins héréditaire que la plupart des

autres. Lorsqu'on recherche dans les antécédents des parents on retrouve rarement des traces d'hérédité ; il n'y a ni maladie nerveuse, ni maladies mentales ou cérébrales qui puissent rendre compte de la production de la paralysie générale. Les causes sont plutôt occasionnelles et individuelles qu'héréditaires. Cependant, pour un certain nombre de malades, on constate de l'hérédité, mais elle est de nature double, c'est-à-dire qu'elle porte plutôt sur des maladies nerveuses ou cérébrales que sur des maladies mentales proprement dites. En général, parmi les ascendants, on trouve des apoplectiques, des individus morts d'affections cérébrales diverses, plutôt que des fous proprement dits. D'un autre côté, l'hérédité est plutôt descendante qu'ascendante pour la paralysie générale. Cette maladie semble se produire sous nos yeux ; nous assistons à sa génération comme quelquefois nous assistons à celle de la phthisie pulmonaire. Nous voyons certaines phthisies se produire sans antécédents, sans ascendants, nous voyons ensuite les fils, les descendants devenir phthisiques à leur tour. Cela se produit également dans la paralysie générale ; quand on

individu est paralytique, il y a chance que ses enfants le deviennent ; voilà ce que dans l'état de nos connaissances on peut dire.

L'âge est une circonstance très-importante à noter dans l'étiologie de la paralysie générale. Cette maladie appartient à l'âge adulte. On croyait autrefois qu'on ne la rencontrait pas avant trente ans, mais on a observé un certain nombre de cas au-dessous de cet âge. A partir de trente ans jusqu'à quarante-cinq ils deviennent communs ; après quarante-cinq ans, ils deviennent plus rares, mais on en rencontre jusqu'à soixante ans. Un grand nombre de ceux qu'on avait cru reconnaître comme tels n'en étaient pas : c'étaient des affections cérébrales qu'on avait confondues avec cette maladie. La maladie se produit donc de trente à quarante-cinq ans, et elle est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Cette différence a frappé tous les observateurs ; dans certains pays on chercherait vainement des exemples parmi les femmes. Dans les classes supérieures de la société, on trouve rarement des cas de paralysie générale chez les femmes : le contraire a lieu pour les asiles publics des grandes

villes; à Paris, à la Salpêtrière, à Londres, à Vienne et à Berlin, on trouve dans les asiles de femmes des exemples fréquents de paralysie générale mais ils sont toujours cependant bien moins nombreux que chez les hommes.

On a cherché si le climat, la nationalité, les conditions sociales pouvaient influer sur la paralysie générale. Les données de la statistique sont insuffisantes à cet égard, mais ce qui est démontré, c'est que cette maladie appartient surtout aux grandes villes, et qu'elle existe rarement dans les campagnes. Tous les asiles qui se recrutent parmi les populations des campagnes n'ont que de rares exemples de cette maladie, même chez les hommes et quand on en rencontre, ces cas viennent des villes et non des campagnes elles-mêmes. Ainsi, je citerai l'asile de Lyme, dans un pays agricole, où l'on a pas constaté, dans un an, plus de trois ou quatre aliénés paralytiques et encore, ils venaient tous de Périgueux. C'est donc une maladie des villes et surtout des grandes villes.

On observe à Paris, à Londres, à Berlin, à

-tième des cas nombreux de paralysie générale, et le nombre va croissant, avec l'importance des villes. Cette loi est constante de même pour l'Amérique et pour tous les pays où la maladie a été observée.

Ainsi nous avons quelques données relativement à l'âge, au sexe, aux conditions dans lesquelles la maladie se produit.

Nous en avons encore quelques autres. Les causes viennent surtout d'excès de dépense nerveuse. Que cette dépense ait lieu par un travail intellectuel excessif, par une excitation cérébrale énorme due à des travaux scientifiques, commerciaux, industriels ou autres, ou à des veilles prolongées, ou bien qu'elle soit due à des excès alcooliques ou vénériens. Quelle que soit la cause de la dépense nerveuse, cette dépense est le fait capital dans l'étiologie de la paralysie générale. Vie active, aventureuse, composée d'excès de tous genres, dépense de forces multiples dans toutes les directions possibles, voilà la véritable étiologie de la paralysie générale. C'est dans ces conditions particulières de suractivité physique ou intellectuelle qui se retrouvent surtout dans les grandes villes, dans

les centres de population, où la vie est en quelque sorte, à l'état fébrile c'est dans ces conditions que naît la paralysie générale. Elle naît sous nos yeux, sans que l'hérédité semble jouer aucun rôle dans sa production, voilà qui est important à noter dans l'état de nos connaissances sur l'étiologie.

Lorsqu'on rencontre la paralysie chez les femmes, ce sont des filles publiques, des femmes entretenues vivant dans des conditions particulières rentrant dans celles que je viens d'indiquer. Ainsi, à Charenton on a fait depuis long temps cette observation, que les militaires paralysés étaient dans une proportion énorme; de même, à la Salpêtrière, pour les filles publiques et les femmes entretenues. C'est dans les conditions d'une vie misérable, irrégulière, aventureuse d'une existence anormale que se produit la maladie; c'est pour cela que, dans les petites villes, à la campagne, là où la vie est calme, régulière, monotone depuis la naissance jusqu'à la mort, la maladie n'existe pas.

M.r Baillarger qui a étudié, d'une façon spéciale l'étiologie de la maladie a insisté sur la

congestion, comme cause. Il a admis que la maladie était congestive et produisait dans les conditions où les maladies cérébrales se manifestent. La suppression d'hémorrhoïdes, la suppression des règles, ou qu'elles se produisent dans des professions qui déterminent ordi=naiement des congestions, comme celles de chauffeurs, de cuisiniers, celles des personnes qui sont rapprochées d'un foyer ardent.

Ces circonstances étiologiques doivent sans doute être prises en considération; seulement, elles ont peut-être été exagérées par Mr. Baillarger qui a voulu y voir une cause unique ou du moins prédominante de la maladie.

Après ces considérations sur l'étiologie, je vais parler de l'anatomie pathologique; c'est là le point principal. C'est par cette étude qu'a commencé l'observation. C'est à Charenton que Mr. Bayle, Mr. Calmeil et Delaye ont étudié les cerveaux des paralytiques, et y ont reconnu des lésions très-caractéristiques, lésions qui ont été depuis également constatées par tous les observateurs. Ces lésions peuvent se résumer dans les termes généraux suivants: inflammation ou con=gestion de la surface du cerveau et de ses membranes.

Lorsqu'on ouvre le crâne d'un paralytique, on découvre presque toujours ces phénomènes caractéristiques : des lésions des méninges ou de la surface du cerveau, l'arachnoïde est épaissie, opaque, pleine de sérosités. La première est congestionnée au plus haut degré, variqueuse ; elle présente un épaississement considérable, des adhérences avec la substance grise corticale ; la pie-mère et l'arachnoïde sont évidemment malades, congestionnées, œdématiées au plus haut degré. C'est surtout dans la substance grise superficielle qu'on trouve les lésions qui ont été constatées par Parchappe. Il y a dans ces circonstances du ramollissement à un tel point, que la partie superficielle de la substance grise s'enlève avec les méninges. Quand on tire sur les méninges, avec le scalpel ou avec une pince à dissection, on enlève avec la première une portion plus ou moins étendue de substance grise. On admet donc que le ramollissement existe surtout dans les couches moyennes de la partie centrale, puisque la partie superficielle s'enlève avec la pie-mère, en restant adhérente à la substance blanche.

On constate aussi des ulcérations des

décortications analogues à celles de l'écorce d'une datte qui s'enlève par plaques. Ces portions décortiquées existent surtout dans la partie antérieure du lobe antérieur des hémisphères et sur la partie médiane au niveau de la scissure centrale.

Ces faits sont plus ou moins fréquents suivant la période de la maladie à laquelle l'autopsie est faite. Dans tous les cas, ces lésions des méninges, ou ces adhérences, ou ces ramollissements de la substance grise superficielle sont des lésions caractéristiques, quoiqu'elles puissent exister dans d'autres conditions, par exemple chez les vieillards, chez les alcooliques chroniques ou chez les déments séniles.

Un autre phénomène a été étudié par Mr. Baillarger, c'est l'induration de la substance blanche. MM Foville et Delaye avaient attiré l'attention sur l'importance de cette lésion. Mr. Baillarger a insisté, et il a prouvé que quand on se donne la peine d'enlever, soit par le lavage, soit par le raclage, la partie superficielle sur le lobe antérieur, la substance blanche indurée reste à l'état de houppes analogues à des éclats qui résiste au lavage et au raclage et indique un état

d'induration profonde différente de ce qui existe dans le cerveau, à l'état normal.

Quand on pénètre plus profondément dans le cerveau, on découvre rarement des lésions plus importantes. On ne trouve en effet ni foyer hémorrhagique ni ramollissement; seulement, il y a ordinairement dans les ventricules beaucoup de sérosités et de granulations légères des membranes qui tapissent les ventricules. Indépendamment de ces faits qui sont surtout observés chez les para=lytiques avancés, on trouve un épanchement de sérosité considérable soit dans la cavité de l'arachnoïde soit dans les ventricules.

Ainsi, même par l'observation directe anatomique ordinaire, on peut constater dans la paralysie générale des lésions évidentes et in=contestables; mais le microscope soit en France soit en Allemagne a complété la constatation des lésions.

MM Simon Ligges et Mechedr ont constaté en Allemagne, dans ces circonstances des altérations évidentes du tissu conjonctif. M. Magnan

Médecin à Ste Anne et Mr Westphal, Professeur de clinique à Berlin, ont démontré l'existence de phénomènes analogues. Ils sont partis de l'étude de la moëlle: ils ont pris pour point de départ une variété de la paralysie générale dans laquelle la maladie semble commencer par la moëlle. Comme je vous l'ai dit, il y a d'abord, dans ces cas des phénomènes médullaires: une faiblesse des membres inférieurs des crampes. Chez ces paralytiques on découvre ordinairement des lésions des faisceaux postérieurs de la moëlle, lésions très-prononcées dans la région dorsale qui diminuent d'intensité jusque dans la région cervicale. Ces lésions résident surtout dans le tissu conjonctif médullaire dont les parois acquièrent un développement exagéré, anormal et compriment les tubes nerveux. Les tubes nerveux comprimés s'altèrent dans leur nutrition, se transforment et finissent par s'atrophier. Cette lésion très évidente, constatée dans la moëlle, on la retrouve dans le cerveau des paralytiques. On a constaté, en effet, que tantôt le travail pouvait commencer par la moëlle et marcher vers le cerveau tantôt, au contraire, à l'inverse, commencer par le cerveau

et marche très à moëlle. Des observations anatomiques nombreuses ont été faites par MM Magnan, Bouchereau et Westphal qui ont démontré cela. Le microscope est donc venu en aide à l'examen direct pour prouver que, dans la paralysie générale il y avait des lésions anatomiques incontestables, en rapport avec la maladie, et permettant d'établir la paralysie générale à l'état de maladie distincte et spéciale.

Ces lésions sur lesquelles je ne puis insister ici, se rapprochent infiniment de celles qu'on a constatées dans le foie pour la cirrhose et dans les reins pour la maladie de Bright. C'est le même procédé pathologique : ce sont les capillaires qui s'épaississent qui deviennent le siège d'une prolifération et compriment l'élément principal de la glande ou de l'organe. La substance nerveuse du cerveau ou de la moëlle se trouve comprimée par les capillaires ou par le tissu conjonctif et arrive à l'atrophier. Cela a fait dire aux auteurs allemands que la paralysie générale se compose de deux périodes : dans la première période inflammatoire, il y a

afflux de sang, congestion dans les capillaires et dans la membrane des méninges ou du cerveau lui-même ; mais dans la seconde période, en vertu de la prolifération qui est la conséquence de la congestion arrive l'atrophie dans laquelle la substance nerveuse n'étant plus nourrie, disparaît plus ou moins complètement. Aussi, dans l'autopsie des paralytiques avancés, il n'y a presque plus de substance grise ; celle des circonvolutions a diminué d'épaisseur, au point de disparaître presque complètement. Il y a un travail incessif de résorption de la substance nerveuse et de disparition des tubes nerveux qui peuvent arriver à la transformation graisseuse la plus complète comme dans la cirrhose et la maladie de Bright.

Il n'est donc pas exact de dire qu'il n'y ait pas de lésions dans la paralysie générale ; c'est peut-être la seule des formes de la folie dans laquelle les lésions anatomiques peuvent être démontrées et constatées. Sans doute, dans toutes les espèces de folie il y a des lésions, mais il n'y a pas de lésions constantes qu'on puisse rattacher à telle forme de maladie mentale ; tandis que dans la paralysie générale, ce travail a été fait de manière à ce que dans

l'état de nos connaissances, les lésions qui s'y rattachent ne puissent être contestées.

Il me resterait à parler du diagnostic différentiel : ce sujet serait très vaste : il faudrait comparer la paralysie générale à la plupart des maladies mentales, médullaires, ou nerveuses connues. mais je puis me borner à quelques généralités qui indiquent les principes sur lesquels doit reposer le diagnostic.

Pour distinguer la paralysie générale de toutes les maladies du cerveau, il faut d'abord poser quelques points de repaire principaux. Le premier réside dans l'étude de la paralysie elle-même. Le phénomène paralysie a des caractères spéciaux différents de celui que l'on constate dans les autres maladies cérébrales. La paralysie a pour caractère d'abord d'être progressive en intensité mais non étendue c'est-à-dire qu'elle augmente lentement, progressivement d'intensité dans toutes les parties du corps, mais non de bas en haut, comme dans les maladies de la moëlle : elle est progressive en intensité mais non en étendue.

Dans les maladies de la moëlle, on est paralysé des membres inférieurs et la paralysie marche jusque vers la tête. Dans la paralysie générale au contraire, tous les organes sont pris en même temps à divers degrés, et la paralysie augmente jusqu'à la mort, sans jamais être complète.

Le second caractère c'est que la paralysie est progressive mais reste toujours incomplète; elle arrive à un degré plus intense sans jamais être complète ou latérale. Il y a bien hémiplégie, c'est-à-dire, un côté plus paralysé que l'autre, mais ce n'est jamais complet, tandis que le malade qui a une hémiplégie à la suite d'une attaque congestive ou convulsive, revient bientôt à l'état ordinaire; l'hémiplégie quand elle existe est toujours incomplète.

Troisième caractère : l'embarras de la parole est le fait dominant et cet embarras est lui-même tout à fait spécial; il ne ressemble en rien à celui des autres affections cérébrales : ce n'est pas un embarras porté au point que la parole devienne impossible; c'est un simple effort dans la manière de lancer les syllabes, une suspension dans la prononciation, une hésitation

particulière : ce n'est pas la suppression de la parole comme dans les affections cérébrales ordinaires.

Quatrième caractère principal : il s'agit plutôt d'un défaut de coordination des mouvements que d'une véritable paralysie. Les malades tremblent, ils ont de l'incertitude dans les mouvements des bras et des jambes, une faiblesse générale, mais ils peuvent dans l'état le plus intense, lutter avec énergie, contre plusieurs personnes. Leur force est très-grande ils ne sont paralytiques que de nom ; ils sont plutôt voisins des choréiques ou des malades atteints de tremblements que de ceux atteints de paralysie cérébrale.

Si vous tenez compte de ces divers caractères, vous avez déjà les premiers éléments d'un diagnostic différentiel qui est très essentiel.

Cinquième caractère : Il y a absence de lésion des sens. Dans la plupart des affections cérébrales la vue l'ouïe l'odorat, le goût sont altérés ; dans la paralysie générale les sens sont la plupart du temps intacts jusqu'à la mort ; la vision l'audition se conservent sans altération.

Sixième caractère : il concerne les phénomènes subjectifs. Dans la plupart des affections cérébrales nerveuses, congestives, il y a des fourmillements, des crampes, des contractures, des spasmes en un mot des phénomènes variés du système nerveux. Ces phénomènes dans la plupart des cas n'accompagnent pas la paralysie générale. On a bien constaté des cas d'anesthésie au début d'autres fois des fourmillements, comme dans les maladies de la moëlle, mais c'est rare et exceptionnel ; les paralytiques ne présentent pas les phénomènes qu'on rencontre dans l'apoplexie et dans les maladies de même genre.

Quant aux phénomènes intellectuels ce qui constitue la paralysie générale c'est l'état de démence à tous les degrés. Quand vous voyez une faiblesse de mémoire, la limitation des idées, l'abaissement des facultés en général vous devez soupçonner la paralysie générale. Qu'il s'agisse de déments, de maniaques de monomaniaques, ou de mélancoliques, dès lors qu'il y a faiblesse intellectuelle, vous devez soupçonner la paralysie générale.

Mais il faut pousser plus loin le diagnostic.

l'apoplexie, l'hémorrhagie cérébrale ne peuvent être confondues avec la paralysie générale. En effet, d'abord il y a une hémiplégie très prononcée, complète qui va diminuant, à partir de l'attaque : elle va en diminuant très-lentement, car il faut plusieurs mois pour que le malade revienne à pouvoir se servir de ses jambes, puis de ses bras ; en dernier lieu, seulement revient la parole. Rien de cela ne se rencontre dans la paralysie générale.

De même, pour les ramollissements cérébraux, il y a des céphalalgies intenses, des vomissements fréquents, des troubles des sens, de la paralysie latérale, des phénomènes consécutifs rapprochés et déterminant des phénomènes congestifs, tandis que la raideur dans les membres quand elle existe, dans la paralysie générale, est passagère ; elle peut disparaître au bout de quelques heures ou au bout de quelques jours, après l'attaque. Donc, même dans les cas les plus difficiles nous avons des moyens de diagnostic.

De même pour les tumeurs dans le cerveau, accompagnées de céphalalgies intenses dont la

marche est lente qui peuvent durer huit et dix ans tandis que la paralysie a une marche plus rapide et elle ne s'accompagne de troubles intellectuels que dans la dernière période.

Dans les maladies de la moëlle la confusion est encore plus difficile, il se produit une paralysie prononcée qui débute par les membres inférieurs. elle est ascendante dans sa marche, et ne s'accompagne de troubles intellectuels et d'embarras de paroles. que dans les dernières périodes de la maladie.

De même pour la paralysie, due à l'action du mercure du plomb et de divers agents toxiques.

Les cas qui présentent le plus de difficultés, sont ceux d'alcoolisme, ceux où il y a du délire des phénomènes musculaires prononcés : du tremblement de l'embarras dans les paroles ; mais la distinction de l'alcoolisme en aigu ou chronique peut permettre d'établir facilement le diagnostic.

D'abord le délire est totalement différent. Le délire de l'alcoolisme a pour caractère dominant les terreurs les visions terrifiantes les perceptions subjectives de la vue qui n'existent presque jamais dans

la paralysie générale ; d'un autre côté, il y a seulement paralysie dans l'extrémité des membres et le tremblement est bien plus prononcé que dans la paralysie générale ; il est de la totalité de l'individu ; la tête elle-même est quelquefois agitée, ce qui se présente rarement dans la paralysie générale. Ainsi en étudiant parallèlement l'alcoolisme et la paralysie générale, on arrive à les différencier l'une de l'autre. Cependant, il y a quelques cas difficiles : c'est lorsque l'alcoolisme chronique s'accompagne de phénomènes paralytiques analogues à ceux des aliénés ou du délire de grandeur ; ce sont des cas mixtes dans lesquels il est difficile de faire la part de l'élément alcoolique et de ce qui est lésion cérébrale.

Le pronostic est toujours excessivement grave malgré quelques cas rares de guérison qui ont été cités malgré les guérisons relatives qui ne sont réellement que des rémissions : la paralysie générale est une maladie mortelle, incurable. Dans l'état actuel de nos connaissances, il n'y a pas un seul fait de guérison authentique. On connaît des faits dans lesquels la maladie a suspendu la marche

pendant quelques années mais depuis qu'on suit les malades jusqu'à la fin de la maladie, on reconnaît des attaques congestives ou convulsives et la maladie marche rapidement vers la mort. Cependant, il ne faut pas se hâter d'affirmer la mort dans un temps rapproché. On a cru que les paralytiques ne vivaient que six mois puis on est allé jusqu'à un an; puis on a admis deux ou trois ans. On sait aujourd'hui que cette maladie peut durer sept ou huit ans et quelquefois davantage. Si l'on comprend les prodromes, la maladie est bien plus longue dans ses évolutions que ne le croyaient les premiers observateurs. MM Foville Calmeil et Parchappe ont admis que la maladie pouvait avoir une marche très aiguë, qu'elle pouvait durer six mois, un an: cela arrive quelquefois; mais ce n'est pas constant. La marche peut être lente; il y a quelquefois des rémissions prolongées; il ne faut donc pas affirmer la mort rapide comme on le fait trop souvent de nos jours, parceque quand le malade revient dans sa famille, le médecin semble s'être trompé. Il faut prévoir ces cas et ne pas être trop affirmatif dans son pronostic.

Après le pronostic fatal que j'ai posé, j'ai

peu de choses à dire du traitement; cependant beaucoup de moyens ont été employés: d'abord les antiphlogistiques. A l'époque de Broussais où ce traitement était en honneur on combattait la maladie comme les autres affections cérébrales, par les saignées les sangsues et les ventouses; il est reconnu aujourd'hui que ces moyens hâtent plutôt la marche de la maladie qu'ils ne favorisent l'amélioration: ils donnent même pour résultat ordinaire de faire passer plus rapidement le malade à la démence et à un état d'affaiblissement qui peut devenir mortel: ils ont même pour con:
:séquence de provoquer des épanchements plus abondants dans le cerveau dans le ventricule et dans la cavité de l'arachnoïde. Il faut donc éviter ces moyens et se borner aux dérivations sanguines par des applications de sangsues à l'anus ou aux ventouses extérieures, mais il ne faut pas employer les saignées générales.

On a appliqué les vésicatoires les sétons, les moxas, enfin les moyens les plus énergiques, mais ils n'ont presque jamais donné de bons résultats. Cependant on a pu quelquefois enrayer la marche de

la maladie.

Il y a vingt ans, mon père avait employé le cautère actuel à la nuque; il avait quelquefois suspendu ainsi momentanément la marche de la maladie et était arrivé à des états de rémissions remarquables. Dans d'autres circonstances, on a employé avec avantage la digitale surtout en Allemagne et en Angleterre, et l'on a ralenti le travail phlegmoneux congestif des méninges et diminué l'intensité des symptômes; on a pu obtenir une amélioration passagère, mais ordinairement elle est peu durable. La digitale est un des moyens les moins infidèles à employer. On a encore employé l'iodure de potassium ou le bromure de potassium qui est aujourd'hui en honneur dans l'apoplexie, pour calmer l'intensité des symptômes; on a même employé les narcotiques et l'opium, même à doses toxiques, en Angleterre et en Allemagne, avec quelque apparence de succès; mais dans la plupart des cas, ces moyens sont presque sans utilité. Nous ne connaissons pas de spécifique utile à employer, seulement nous devons combattre les symptômes qui méritent d'être combattus.

On a employé la strychnine pour diminuer les

incontinence d'urine ou de matières. On a employé contre les attaques congestives ou ~~convulsifs~~ convulsives divers révulsifs qui ont leur utilité ; il s'agit là de combattre plutôt certains symptômes que de chercher à lutter contre la maladie : . . . .

C'est à l'hygiène qu'il faut recourir, dans la plupart des cas, pour ralentir la marche fatale de la maladie, pour chercher à lutter contre les com=
=plications. Il y en a de fâcheuses, et en particulier les eschares qui sont très fréquentes par suite du décubitus dorsal et de l'état général de lésion de la nutrition à une période avancée de la maladie. Les malades paralytiques qui ont commencé par prendre de l'embonpoint, arrivent à la longue à un état de marasme avec amaigrissement, troubles dans la nutrition qui favorisent évidemment la production des eschares : ces eschares sont dus non-seulement au décubitus, mais à l'altération des fonctions de nutrition.

Je dois dire cependant en passant, que Mr. Baillarger a fait une observation assez juste, c'est que dans certaines paralysies, lorsqu'il se produisait

un grand nombre de furoncles avec une suppuration abondante, avec eschares profondes. Souvent les rémissions ont coïncidé avec ces phénomènes physiques; la plupart des cas de guérison qu'on a cités ont été accompagnés de ces circonstances: érosion, suppuration et gangrène. A la suite de ces phénomènes, la maladie s'enraye, rétrograde et semble arriver à la guérison; mais cependant, en général, voici comment meurent la plupart des paralytiques: les uns succombent par suite de pneumonies incidentes, de diarrhées ou d'entérite chronique; d'autres, et c'est le plus grand nombre, succombent à l'état de marasme avec eschares et suppuration abondante. Dans ce cas, le rôle du médecin est extrêmement pénible; il est très-difficile d'arriver à guérir ces eschares et même d'en atténuer l'intensité. Heureusement, ces malades sont dans un état d'anesthésie ou de diminution de la sensibilité qui leur permet de mourir dans des conditions de béatitude et de satisfaction qui paraîtraient incompatibles avec cet état si déplorable de leur santé physique.

J'ai terminé le cours de cette année sur les maladies mentales. J'ai parcouru complètement, vous le voyez, le cercle que je m'étais tracé. J'ai cherché à vous

donner, sous une forme rapide une idée des symptômes généraux de l'état des sentiments des impulsions de l'âme des hallucinations des symptômes physiques de l'altération des fonctions organiques dans la folie considérée en général. Après ces généralités indispensables dans l'état de la science, j'ai abordé la pathologie spéciale et après quelques généralités sur la classi=fication, j'ai décrit les formes admises dans la nosologie des maladies mentales: d'une part, l'aliénation générale ou maladie avec excitation et ses diverses variétés; d'autre part, l'aliénation partielle sous la forme mélancolique et sous la forme expansive; enfin les formes chroniques, la démence et la paralysie générale. J'ai pu, dans un petit nombre de leçons, grouper les principales formes admises. Je regrette de n'avoir pas le temps de compléter mon cadre, en parlant de la pathologie de l'anatomie pathologique, de l'étiologie, du traitement physique ou moral; mais cela m'entraînerait trop loin. Je borne donc mon cours à ces généralités et à cette description des formes diverses des maladies mentales.

14.e Leçon.

20 Janvier 1872.

Messieurs,

Dans le plan que j'ai adopté pour vous exposer les différentes formes de maladies mentales, je suis arrivé aujourd'hui à l'étude d'une forme particulière, qui mérite une description prolongée et à laquelle nous consacrerons trois séances : je veux parler de la paralysie générale, ou de la paralysie générale progressive. Jusqu'à présent, j'ai étudié les maladies mentales, en me servant de la classification de Pinel et d'Esquirol, comme je vous l'ai dit plusieurs fois. Pour la facilité de l'exposition, j'ai dû adopter cette classification, tout en vous faisant sentir combien elle était insuffisante et imparfaite, mais en vous faisant remarquer en même temps que dans l'état de la science, il nous était difficile d'en employer une autre. Nous sommes à

une période de transition, dans laquelle nous sentons tous les inconvénients des classifications anciennes sans pouvoir encore leur substituer une classification définitive qui permette une description clinique parfaitement régulière et rigoureuse.

En arrivant à l'étude de la paralysie générale, nous sommes obligés d'abandonner cette classification de Pinel et d'Esquirol pour détacher ce grand groupe de faits de toutes les autres formes de la folie. Or, cette forme de folie la paralysie générale, est précisément la négation la plus absolue de la classification régnante. Les paralytiques aliénés comprennent en effet, à la fois des mélancoliques, des maniaques, des monomaniaques et des déments. Ces quatre formes, dont je vous ai parlé, admises dans la classification de Pinel et d'Esquirol, se trouvent précisément réunies dans cette forme nouvelle qui constitue vraiment une maladie distincte, ayant ses caractères, ses symptômes physiques et moraux et sa marche spéciale. Admettre la paralysie générale comme maladie distincte, c'est donc nier de la façon la

plus absolue la classification régnante. C'est une forme nouvelle qui détruit de fond en comble la classification de Pinel et d'Esquirol. Si nous remontons à l'historique de cette maladie, nous voyons qu'elle n'était pas connue des anciens. On a bien fait quelques études à ce sujet. Récemment, un jeune médecin, Mr Doutrebente, dans sa thèse, a fait une étude très-intéressante, une étude historique sur la paralysie générale, étudiée chez les médecins anciens et chez les médecins du moyen-âge. Ces recherches ont un grand intérêt, mais nous ne pourrons pas y insister aujourd'hui. L'histoire de la paralysie générale commence donc pour nous à 1820 ou à 1822. On a bien cité un passage d'Aslan qui aurait décrit la paralysie générale en 1798, mais ce passage est obscur. Dans Pinel, malgré les recherches les plus attentives, on ne découvre aucun passage qui puisse être rapporté à l'étude de la paralysie générale. On a bien dit qu'Esquirol, dans sa thèse sur les passions, avait fait allusion à cette maladie, mais j'ai cherché vainement, dans cette thèse publiée en 1805, le passage qui a été cité par plusieurs auteurs. Je n'ai jamais pu le découvrir. Il faut donc

remonter en 1822 pour trouver le premier document écrit sur la paralysie générale. C'est à Charenton qu'elle a d'abord été étudiée.

Royer-Collard, médecin de Charenton, avait sur ce point l'attention de ses élèves, et les deux premiers, MM Bayle et Calmeil, ont développé, dans leurs ouvrages, les idées qui avaient été exposées déjà par leur maître Royer-Collard. Le premier travail imprimé traitant de la paralysie générale, est de 1822. C'est la thèse de Mr Bayle, intitulée: chronique. Elle contient six observations très-détaillées, très-intéressantes, dans lesquelles la paralysie générale est décrite telle que nous la connaissons aujourd'hui. Depuis lors, le même auteur M. Bayle, a publié, en 1826, un traité des maladies mentales, dont le premier volume traite de la méningite chronique. Dans cet ouvrage, il a décrit la paralysie générale avec une précision de détails, avec une netteté d'observations vraiment remarquables, soit au point de vue des lésions anatomiques, soit au point de vue de la marche et de la description des symptômes. Cet ouvrage,

ainsi que celui de Mr. Calmeil, publié en 1825, sont les deux monographies principales sur la paralysie générale : elles ont pu être complétées depuis par des études plus attentives sur différents points du sujet, mais elles présentent encore aujourd'hui toute la vérité de description qui résulte de l'observation clinique directe. Indépendamment de ces deux ouvrages, il faut encore citer la thèse de Delaye, publiée en 1824, intitulée : de la paralysie générale incomplète, dans laquelle cet auteur s'est rallié aux opinions de Bayle et de Calmeil pour la description clinique de la maladie ; mais, pour les lésions, il a émis une opinion particulière. Au lieu de voir cette lésion dans la substance corticale du cerveau comme les autres auteurs, il a admis que c'était la substance blanche qui était indurée, au lieu d'admettre le ramollissement de la substance grise. Après ces auteurs, il faut encore citer Esquirol, auquel on a attribué à tort le mérite de la découverte de la paralysie générale. En effet, dans un article, publié en 1816, dans le dictionnaire des sciences médicales, il mentionne à peine la paralysie comme complication de la folie à côté du scorbut et d'autres maladies.

sans mentionner toutefois la paralysie générale comme une maladie spéciale, telle qu'il l'a étudiée et décrite plus tard, en 1822. Il n'est donc pas le premier qui ait décrit la paralysie générale; seulement, comme il était un observateur très sagace, comme il était habitué à observer des aliénés, aussitôt que quelques-uns de ses élèves eurent attiré son attention sur ce point, il porta, sur cette étude, son esprit d'observation, sa sagacité naturelle et fixa l'attention de tous ses élèves sur cette maladie, pour laquelle son attention fut fixée d'une manière toute spéciale pendant le cours de sa pratique. Mais ce n'est pas Esquirol qui a découvert et décrit le premier la paralysie générale. Après Esquirol, nous avons les travaux de ses élèves, les travaux de Mr Foville, de Mr Parchappe et d'autres travaux dont je vais vous entretenir. Mr Parchappe a étudié surtout l'anatomie pathologique de la paralysie générale dans un traité ~~historique~~ théorique, sous le titre de documents microscopiques. Il a donné sur les lésions anatomiques chez les paralytiques les faits principaux anatomiques qui sont précités

d'observations très-courtes, très-brèves sur les symptômes de la paralysie générale et qui constituent un document important dans l'histoire de cette maladie. L'histoire de la paralysie générale doit être divisée en plusieurs périodes. Il y a eu d'abord deux opinions dès le début sur la nature de cette maladie. Les uns avec Esquirol, Calmeil, et les élèves d'Esquirol, ont admis que la paralysie générale n'était qu'une complication et une terminaison de la folie; que la paralysie générale n'était qu'un ou plusieurs symptômes physiques qui venaient s'ajouter à la folie, et principalement à la folie avec idées de grandeurs, mais qui pouvaient se surajouter à d'autres formes de maladies mentales; que ce n'était qu'une complication et même une terminaison de la folie. Pour Esquirol, la plupart des aliénés arrivés à l'état chronique, devenaient paralytiques; cependant, dans Esquirol, on trouve des passages contradictoires à cette idée, car il faut remarquer que la plupart des aliénés paralytiques qu'il a observés étaient déjà paralytiques à leur entrée dans les asiles d'aliénés. Ce qui prouve que c'est une maladie primitive et non pas une maladie

consécutive à d'autres variétés de folie. Mais comme doctrine, il a toujours professé que la paralysie générale n'était pas une maladie spéciale qu'elle n'était qu'une complication pouvant survenir dans toutes les formes de folie, principalement dans les formes chroniques.

C'est aussi l'opinion de M. Calmeil qui, d'abord, dans son traité, publié en 1825, et depuis dans son grand ouvrage sur les inflammations cérébrales, a soutenu que la paralysie générale pouvait survenir dans toutes les formes de folie, et même dans la folie ancienne. Mr Bayle, au contraire qui a décrit la paralysie générale en 1822, en a fait déjà une maladie spéciale, distincte, caractérisé à la fois par ses symptômes intellectuels et moraux, par ses symptômes physiques et par sa marche. Pour Mr Bayle, la maladie de la paralysie générale est une méningite chronique, une inflammation de la partie corticale du cerveau et surtout des méninges principales. M. Bayle a poursuivi cette doctrine dans toutes ses conséquences; il a décrit qu'elle était caractérisé d'abord par la manie, puis par la monomanie et par la démence.

Il a admis une succession de périodes par des symptômes physiques, intellectuels et moraux; il a cherché dans les symptômes physiques les symptômes correspondant à ces diverses périodes. Il a établi une sorte de succession fatale des symptômes physiques, intellectuels et moraux. Il a cherché à mettre les symptômes anatomiques avec les symptômes observés pendant la vie; il a fait, en un mot, la systématisation de la maladie, dans laquelle tout concorde, les symptômes physiques, moraux et intellectuels, dans laquelle tout concorde et correspond aux diverses périodes. Cette systématisation était pré=maturée: on n'avait pas, à cette époque, et on n'a pas encore aujourd'hui, les éléments suffisants pour mettre les symptômes toujours en rapport avec les lésions. C'était un tour de force, c'était une habileté d'exposition, mais ce n'était pas l'expression de la vérité vraie. Depuis lors, cette opinion qui avait fait de la paralysie générale une maladie spéciale, une maladie sui generis, une maladie cérébrale, s'est développée. Mr Parchappe a contribué à la faire adopter. Dans ses livres, Mr Parchappe n'admet que quelques cas très-rares de paralysie générale survenant comme complication de

à folie, même ancienne. Ces cas sont extrêmement rares. On cite peut-être 15 ou 20 exemples. En dehors de ces cas exceptés, il admet que, dans toutes les autres circonstances, la paralysie générale est une maladie survenant d'emblée, qu'on a appelée cérébri-corticale, ramollissement de la substance grise du cerveau, qui a des caractères physiques, intellectuels et moraux, une marche particulière, et même des causes également spéciales. Mr Parchappe qui avait déjà développé cette opinion et qui avait donné à cette maladie le nom de folie paralytique, dès 1840, a développé cette opinion dans un discours qu'il a prononcé dans la Société médico-psychologique, dans lequel il admis que la paralysie générale était une maladie parfaitement distincte au milieu de toutes les autres affections cérébrales. Vers 1845, une nouvelle opinion a surgi. Cette opinion est partie des hôpitaux de Paris; elle est venue faire opposition à l'opinion établie par les aliénistes; il y a eu dès lors deux courants: l'un dans les hôpitaux ordinaires, et l'autre dans les asiles d'aliénés. C'est par suite de ce double courant que nous sommes encore très divergents

sur la nature et sur la marche de cette maladie spéciale. Le courant d'opinions a commencé par de simples phrases énoncées par quelques auteurs, par exemple, dans l'ouvrage de Requin, dans sa pathologie, en 1845, en une seule page, il a fait la description de la maladie qu'il a appelée le premier paralysie générale progressive. Cette description reposait surtout sur les phénomènes physiques et très-peu sur les phénomènes intellectuels et moraux. Partant de cette description, certains auteurs, MM. Sandras, Brierre de Boismont, Duchenne (de Boulogne) et d'autres médecins qui étudiaient dans les hôpitaux ordinaires, sont arrivés à admettre que la paralysie générale progressive était une maladie spéciale, étrangère à la folie, dans laquelle les phénomènes physiques au contraire, étaient prédominants, étaient les principaux, étaient non-seulement les phénomènes primitifs, mais les phénomènes principaux pendant toute la durée de la maladie. Cette opinion a été défendue, jusqu'à un certain point, par M. Baillarger qui est pourtant un spécialiste, et par M. Lunier qui a publié, en 1849, un mémoire très-intéressant

dans les annales médico-psychologiques. Mais M. Baillarger et M. Lunier s'en écartent pourtant. Pour ces médecins spécialistes la paralysie générale progressive est bien une maladie ayant des phénomènes physiques principaux et primitifs, mais pour certains auteurs la démence existe toujours à un certain degré concurremment avec la paralysie générale; seulement, le trouble des facultés mentales est secondaire, accessoire, au lieu d'être le phénomène principal. C'est donc une variété de l'opinion généralement admise par les médecins des hôpitaux, à savoir: que la paralysie générale progressive peut exister souvent pendant très-long temps, sans présenter de délire ou même de débilité intellectuelle. Vous voyez, Messieurs, que, dès à présent, nous avons plusieurs opinions régnantes sur la nature de la paralysie générale. D'un côté, les uns prétendent que c'est une simple complication de la folie. Cette opinion tend de plus en plus à être abandonnée. D'autres, au contraire, y voient une méningite chronique, un ramollissement de la substance corticale du cerveau ayant sa marche, des

symptômes et un ensemble de caractères qui forment une maladie spéciale. D'autres, au lieu de fixer leur attention principalement sur le délire attachent surtout un intérêt prédominant à l'étude des symptômes physiques et admettent l'existence de la paralysie générale progressive sans délire. D'autres enfin tout en admettant que ces paralysies générales sans délire existent et ont une réalité dans la clinique, reconnaissent que tôt ou tard le délire survient soit sous la forme des délires de grandeurs, soit plus fréquemment sous la forme de débilité intellectuelle ou de démence à divers degrés. Nous nous trouvons là, aujourd'hui, depuis 20 ans en présence de divergences considérables qui rendent l'étude de cette maladie très difficile. Mais ces divergences peuvent se concilier en observant, en étudiant la paralysie telle qu'elle se présente à l'observation, d'une manière plus étendue c'est-à-dire, en mettant les pieds sur les deux terrains, sur le terrain des hôpitaux ordinaires et sur le terrain des asiles d'aliénés, on peut arriver ainsi à concilier toutes ces opinions divergentes. Le meilleur moyen de les concilier est de distinguer entre la

période de début et la période de maladie confirmée.
Si on examine les paralytiques pendant les premières années, à l'époque où la maladie est encore à l'état prodromique, où l'on observe les malades dans les familles, dans les hôpitaux, on trouve que les médecins ordinaires ont raison contre les médecins aliénistes. Mais si on observe les mêmes malades dans les asiles d'aliénés à une période plus avancée, alors que la maladie a parcouru la première période, on arrive à donner raison aux médecins aliénistes. Les ordres de médecins ont observé séparément; mais quand on réunit ces deux observations et quand on les applique à des périodes différentes, on arrive à concilier ce qui paraissait impossible à concilier. C'est par ce procédé que je chercherai à vous décrire la paralysie générale dans ses diverses périodes. Pour cela, il faut admettre, dans l'état prodromique, quatre variétés de début; il faut considérer ces quatre variétés comme des ruisseaux, comme des rivières qui peu à peu se rapprochent et finissent par arriver à un confluent pour constituer un fleuve avant

d'arriver à la mer. Il y a là des points de départ divers qui convergent peu à peu, qui viennent se fusionner dans une forme définitive, qui ont une période ultérieure et des caractères communs, quelle que soit la diversité du début. Cette étude des premières périodes de la paralysie générale est extrêmement très-difficile. Elle a demandé beaucoup de temps, et pour une raison bien simple, c'est que cette maladie a été étudiée, en quelque sorte, à reculons. On a commencé par l'autopsie. C'est à Charenton, en faisant des ouvertures de corps, qu'on s'est aperçu que, tandis que certains aliénés ne présentent pas après la mort des lésions cérébrales et appréciables, il y a souvent toute une catégorie de malades morts à Charenton qui présentent des lésions identiques. On est parti de cette étude anatomique. Les premiers auteurs qui ont fait cette étude anatomique, ont découvert l'opacité des méninges, des lésions de la substance corticale et ils ont trouvé que ces lésions étaient en rapport avec des phénomènes physiques observés pendant les derniers mois de la vie des malades. Ils ont alors reconstruit leurs observations après coup pour éclairer l'étude des.

phénomènes anatomiques; ils ont fait cette étude à reculons. C'est ce qui a fait que les premiers observateurs ont commencé par dire que la paralysie générale était une maladie qui durait six mois; plus tard on est arrivé à lui attribuer 2 ans, 3 ans et aujourd'hui même nous en sommes au point d'admettre qu'il y a des paralytiques qui peuvent vivre 6, 8 et 10 ans, parceque nous tenons compte de la période antérieure qui n'avait pas attiré, jusqu'à présent, l'attention des observateurs. C'est ainsi, pour avoir étudié la maladie à reculons, que nous sommes arrivés aujourd'hui à bien connaître la première période qui était presque complètement méconnue par nos prédécesseurs. Il faut, en effet, remonter souvent très-haut dans la vie des paralytiques aliénés, pour retrouver les premiers signes de l'affection mentale, soit sous la forme physique, soit sous la forme mentale. Mr Baillarger, entre autres, qui a beaucoup étudié ces maladies, a prétendu que la paralysie générale était une maladie essentiellement congestive; que c'était une maladie toute personnelle, toute

individuelle, toute accidentelle; qu'on devenait paralytique mais qu'on ne naissait pas paralytique. Il a nié la prédisposition à la paralysie générale contrairement à d'autres variétés de maladies mentales qui sont très souvent le résultat de l'hérédité, accumulé de famille en famille, comme Mr. le Docteur Morel l'a si bien démontré pour la plupart des variétés de la folie. La paralysie générale, au contraire, est une maladie plus souvent accidentelle et individuelle. Cependant, il ne faudrait pas croire que jamais les paralytiques ne sont prédisposés, dès leur naissance, à la folie. Il y a certains paralytiques qui présentent depuis très longtemps, souvent pendant de longues années des signes de prédisposition à la maladie, dont ils seront atteints plus tard. Seulement, il y a un autre genre d'hérédité dans la paralysie générale que dans la folie; c'est l'hérédité congestive. Souvent les ascendants n'ont pas été aliénés, mais ils ont été apoplectiques; ils ont eu des ramollissements du cerveau, des congestions cérébrales, de l'épilepsie ou des formes d'affections cérébrales autres que la folie. L'hérédité doit donc être recherchée dans ces maladies

du cerveau plutôt que dans la folie proprement dite. Cependant, il y a des aliénés qui deviennent paralytiques généraux. On peut donc remonter très haut dans la vie des paralytiques et découvrir chez eux des bizarreries de caractère, des anomalies d'action qui, depuis très longtemps, auraient permis à un observateur attentif de prévoir l'apparition ultérieure de la paralysie générale. Les malades, prédisposés à la paralysie générale, ont ordinairement présenté une grande activité, une activité excessive de paroles et d'action. Pendant cette période de grande activité, alors que leur raison n'est encore nullement compromise, ils leur arrivent souvent de réussir très bien dans leurs affaires. S'ils sont dans le commerce, par exemple, pendant les dix années qui précèdent l'explosion de leur maladie, ils leur arrivent souvent de faire fortune et de réussir parfaitement dans leurs entreprises. L'activité extrême qu'ils déploient alors, l'absence du sentiment de la fatigue, la possibilité de travailler jour et nuit presque sans dormir, de voyager, de mener une vie aventureuse, active, leur donnent la supériorité sur leurs concurrents,

pendant toute la période souvent très-longue de leur inactivité sans délire. Enfin, on a vu des malades à la période prodromique, entreprendre et réussir des actes que d'autres hommes n'auraient jamais pu réussir dans les mêmes conditions. Mais en même temps, tous ces malades ont des actes bizarres et quand on interroge très-attentivement leurs parents et les personnes qui sont habitués à vivre avec eux, on découvre une foule de faits rétrospectifs qui auraient été aperçus et qui auraient permis permis au médecin de diagnostiquer la paralysie générale. Ces faits consistent ordinairement en une grande irritabilité de caractère, jointe à une grande bienveillance, car les paralytiques présentent ces deux contrastes : ils sont d'une nature bienveillante, affectueuse, expansive, et, en même temps, d'une activité tout à fait désordonnée. Ils mènent une vie aventureuse, irrégulière; ils entreprennent des voyages et souvent plusieurs professions contradictoires; ils ont, en un mot, une vie à la fois très-active et très-désordonnée. En même temps leurs actes dénotent l'irritabilité, une disposition marquée à la colère et à la violence. Ils sont, comme tous les tempéraments sanguins en

général, très-disposés à la colère et, en même temps, ils reviennent facilement à la bienveillance, après avoir éprouvé des mouvements de violence instantanée. Il y a surtout, dans les actes des paralytiques, certains faits qui méritent d'être étudiés et qui deviennent souvent, dans les périodes ultérieures de la maladie, l'occasion d'examens médico-légaux. Plusieurs de ces malades ont, à une certaine période de leur affection, commis des vols, des faux, des actes tout à fait inattendus et en contradiction complète avec leur nature antérieure. Ce sont des cas difficiles pour la médecine légale, surtout lorsque ces faits se sont produits à des périodes très-éloignées de la date de l'explosion de la maladie. Mr. Brière de Boismont, dans un travail intéressant sur la période prodromique de la paralysie générale, a insisté avec beaucoup de raison sur ces faits qui s'observent fréquemment à la période où la folie n'est encore reconnue par personne et n'existe même pas en réalité. Il n'y a alors qu'un état prodromique difficile à constater. Un cas très-célèbre, qui a été observé il y a quelques années

en Allemagne, sur lequel le Docteur Morel a été appelé à se prononcer, le cas du célèbre Chorinsky, qui avait tué sa maîtresse, est un exemple de l'état prodromique de la paralysie générale déjà avancée, qui a été méconnu même par les médecins les plus distingués; car les médecins allemands, à cette époque, ne voulaient pas admettre que Chorinsky fut aliéné. Mr. Morel a lutté contre la plupart des médecins spécialistes, médecins aliénistes de l'Allemagne, qui contestaient, non-seulement la paralysie générale, mais même l'état de folie. Mais le pronostic posé par M. le Docteur Morel, qui avait paru tout à fait aventuré et qui ne paraissait pas alors basé sur la réalité des faits, s'est trouvé vérifié depuis, et après trois ans de séquestration dans un asile d'aliénés, Chorinsky vient de mourir récemment avec tous les symptômes de la paralysie générale. C'est là un exemple entre mille qui est frappant et qui prouve que plus on étudiera attentivement les périodes prodromiques de cette maladie, plus il sera facile au médecin, au véritable clinicien, de constater de très-bonne heure les phénomènes et les symptômes inaperçus par la plupart des observateurs.

Indépendamment de cette période prodromique, sur laquelle je ne veux pas insister plus longuement aujourd'hui, j'arrive à l'étude des quatre variétés de début, dont je vous parlais tout à l'heure. Elles doivent être distinguées en deux catégories: en variétés où dominent les phénomènes physiques et en variétés où dominent les phénomènes in:tellectuelles et moraux. Les deux premières sont la variété spéciale paralytique et la variété con:gestive; les deux autres sont la variété mélancolique et la variété expansive. La variété plus spécialement paralytique est celle qu'on observe ordinairement dans les hôpitaux ordinaires et qui a servi de base aux descriptions des paralysies progressives telles que les font les médecins ordinaires. Cette variété n'était pas connue des aliénistes il y a 30 ou 40 ans. C'est une variété où dominent tellement les phénomènes paralytiques que souvent, pendant long temps, on ne constate pas de trouble mental. Ce qui frappe de prime-abord, ce sont les phénomènes de tremblement, les phénomènes d'imprécision dans les mouvements, d'incoordination aussi bien dans les

membres supérieurs que dans les membres inférieurs. Les malades ont habituellement conscience de leur état; ils ont même une conscience exagérée de leur état. Ils se préoccupent de ces phénomènes qu'ils analysent avec beaucoup de soins comme les hypochondriaques et ils viennent souvent trouver le médecin pour le consulter sur cet état qui leur donne de grandes inquiétudes; ils s'aperçoivent qu'ils trébuchent en marchant, qu'ils éprouvent des fourmillements, des phénomènes physiques assez nombreux, de l'anesthésie et de la paresthésie dans les membres supérieurs ou inférieurs: quand ils veulent prendre un objet ou le porter, ils le laissent souvent échapper. Ils n'ont plus de précision dans le mouvement des doigts; s'ils exerçaient une profession exigeant une précision particulière sous ce rapport, ils sont obligés de l'abandonner. Ils ne peuvent jouer du violon, toucher du piano, se livrer à des exercices délicats, faire de la peinture, coudre avec une aiguille. Beaucoup de mouvements délicats, de préhension ou de tact, leur deviennent impossibles. C'est la première période de la paralysie générale sans délire. Les malades ont de plus une difficulté, un

embarras de parole qui est d'abord peu manifeste. La parole est lancée comme avec vivacité; les mots sont émis avec des suspensions, avec des intervalles entre les syllabes. C'est là un caractère particulier de la paralysie générale, dont je vous parlerai avec détails dans la prochaine séance, en insistant sur les phénomènes physiques. Les malades qui ont conscience de leur état se préoccupent beaucoup de cette imprécision dans les mouvements. Ils analysent leurs sensations avec beaucoup de soins et donnent au médecin beaucoup de détails sur leur état physique. Si vous ajoutez aux détails donnés par le malade ceux qui sont fournis par la famille, par la femme, par les enfants, par ceux qui vivent constamment avec lui, vous pourrez arriver à un tableau très-complet de la paralysie générale pro=gressive. Au début, à cette époque, si vous observez attentivement non-seulement vous constatez des phénomènes physiques prédominants, mais aussi de l'affaiblissement dans l'intelligence. Presque toujours ces malades ont la mémoire qui baisse, la mémoire qui s'affaiblit; ils ont des lacunes

dans l'intelligence, des absences. Lorsque, par exemple, ils veulent faire une lecture, ils oublient des phrases de conversations auxquelles ils assistent; s'ils jouent aux cartes, ils oublient certaines cartes qui sont passées et ils ne peuvent pas suivre le jeu comme ils le faisaient autrefois. En un mot, il y a, dans les différents détails de leur existence, des faits qui démontrent que leur intelligence s'affaiblit, qu'elle n'a plus la même énergie, la même activité qu'autrefois. Il faut, pour découvrir ces traces de débilité, une observation attentive que les médecins souvent ne se donnent pas la peine de faire. C'est pourquoi ils disent qu'un paralytique est sans trouble intellectuel, tandis qu'un observateur plus attentif découvre des faits incontestables de débilité intellectuelle. Les malades, à la même époque éprouvent des troubles dans la sensibilité. Ils pleurent avec facilité; ils s'émeuvent pour des motifs futiles; ils sont irritables et colères; ils sont faciles à gouverner comme des enfants; ils ont tous les symptômes qu'on observe dans certaines variétés de maladies cérébrales, dans le ramollissement au début, par exemple, et qui prouvent que l'homme perd de

son énergie en même temps que son intelligence s'affaiblit. Il y a là un ensemble de phénomènes intellectuels et moraux d'une part et physiques de l'autre qui démontrent que la maladie est bien la même maladie, que c'est bien là la paralysie générale et que si le délire n'est pas visible à tout le monde c'est qu'on ne sait pas encore observer ces premiers linéaments de la maladie. Cette première période dure souvent pendant longtemps. On observe des malades qui sont, pendant deux ou trois ans, dans cet état prodrômique qui peut se manifester d'une manière plus évidente sous forme de paralysie qui rapproche alors ces malades de ceux atteints de maladies de la moëlle épinière. Il y a toute une catégorie de faits qui commencent pendant 2 ou 3 ans comme des malades atteints de maladies de la moëlle épinière et la confusion est faite par des médecins même les plus habitués à ce diagnostic différentiel. Ces faits sont précisément ceux sur lesquels se sont appuyés Mr. Westphal, en Allemagne, et Mr. Magnan, en France, pour démontrer que la

paralytique générale pourrait être, dans beaucoup de cas une maladie de la moëlle avant d'être une maladie du cerveau. Par l'étude microscopique des lésions, on est arrivé en effet à découvrir que dans quelques cas les lésions partent de la moëlle pour remonter vers le cerveau, tandis que, dans d'autres circonstances plus habituelles, elles partent du cerveau pour redescendre plus tard vers la moëlle. Il y a, d'après une foule de faits bien observés, surtout dans ces dernières années, par les deux auteurs dont je viens de vous citer les noms, il y a donc, dans cette variété paralytique, une sous variété qui est constituée par la prédomi=:nance de la paralysie, de l'incontinence des urines et de l'impuissance, phénomènes analogues à ceux des maladies de la moëlle épinière. Dans ces cas, il y a ataxie des mouvements, incoordination des mouvements. Le malade marche marche en sautillant avec cette rapidité, avec cet élan convulsif qui se manifeste surtout dans l'ataxie locomotrice. C'est ce qui établit la confusion entre les variétés de la paralysie générale et de l'ataxie locomotrice. A côté de la variété paralytique vient se placer la variété

congestive : les malades commencent alors par avoir plusieurs petites attaques, très-légères dans certains, très-intenses dans d'autres. C'est alors qu'on a dit que la paralysie générale succédait à une apoplexie, à un ramollissement ou à l'épilepsie. On observe en effet, dans un certain nombre de cas, de véritables attaques épileptiques, dès le début de la paralysie générale. Les médecins croient alors qu'ils ont affaire à un épileptique ordinaire ou aliéné, chez lequel les phénomènes intellectuels dominent les phénomènes physiques, mais il n'en est rien, et plus tard, par une observation plus attentive ~~du mal~~ de la marche ultérieure du mal, on découvre que ces prétendus épileptiques, ou que ces prétendus apoplectiques n'étaient que des paralytiques dont le mal s'est développé plus tard. Cette variété congestive passe souvent inaperçue. Elle est regardée comme constituée, simple congestion, sans valeur. Il y a cependant un symptôme qui doit attirer l'attention des médecins c'est que, quelque légère que soit la congestion, elle est suivie de phénomènes très-

importants : la parole devient embarrassée ; la mémoire baisse. L'intelligence s'affaiblit très-notablement et quoiqu'il y ait inégalité dans l'affaiblissement, cet affaiblissement persiste, malgré le peu d'importance de la congestion. Il y a des malades qui n'ont éprouvé qu'un semblant d'attaque, une espèce de syncope, qui, pendant quelques secondes seulement, ont eu une perte de connaissance et qui, au bout de quelque temps, perdent la mémoire des mots, des faits récents, et de=viennent des déments sans avoir eu les grandes attaques qui constituent l'apoplexie et le ramollissement. Il n'y a pas de rapport entre l'affaiblissement de l'in=telligence et l'intensité de la congestion : les congestions sont très-peu intenses et l'intelligence a baissé d'une façon très-notable et irrégulière, c'est-à-dire que quand on est rapproché de l'attaque, le moral est très-affaibli, on a l'intelligence affaiblie, la parole embarrassée, et, au bout de quelques jours, l'intelli=gence reprend peu à peu une partie de son activité jusqu'à ce qu'une nouvelle congestion vienne de nouveau faire baisser le niveau de l'intelligence. La maladie procède ainsi par soubresauts, par poussées

successives. Il y a ainsi plusieurs congestions qui se succèdent et qui sont suivies d'un affaiblissement intellectuel très notable. Au bout de quelques mois, le malade arrive alors à une véritable démence, son intelligence est tellement affaiblie qu'on est obligé de l'interdire et de le séquestrer dans un asile d'aliénés alors qu'il ne présente encore qu'une faiblesse intellectuelle sans délire caractérisé et avec les symptômes physiques prédominants. Mais, ordinairement, après un assez long temps passé en état de démence, souvent le délire, et souvent même le délire de grandeur, survient comme dans les autres variétés. C'est ainsi que se constitue après coup l'unité de la maladie. La maladie a commencé comme un ramollissement, comme une maladie cérébrale ordinaire et elle a abouti en définitive à ce résultat commun qui est la paralysie générale des aliénés. Ce qui est vrai de ces deux variétés (la variété paralytique et la variété congestive) l'est également de la troisième que j'appelerai la variété mélancolique. Lorsqu'on remonte, en effet, dans le passé des aliénés paralytiques on découvre, ce que M. Bayle et Mr

Calmeil avaient déjà signalé qu'ils ont commencé par être mélancoliques. Ce fait, qui a été déjà noté dans les ouvrages de Mr. Bayle et de M. Calmeil, est devenu l'objet de l'attention depuis que M. Baillarger a insisté sur le délire hypochondriaque ou mélancolique comme état prodromique de la paralysie générale. Cette observation de Mr. Baillarger est très-exacte. Elle s'applique à un certain nombre de faits qui offrent tous les caractères de la vérité. Il est certain que la plupart des paralytiques qu'on observe dans les asiles ont commencé par être mélancoliques, par éprouver un état d'affaissement, de prostration physique et morale. A la première période, c'était un état d'anémie physique, de prostration morale : les malades restaient au lit, s'enfermaient dans leur chambre, ne voulaient voir personne, voulaient à peine manger, ne s'habillaient pas, négligeaient leurs occupations et leurs soins personnels et arrivaient même, pendant cette période, jusqu'à des conceptions délirantes déterminées. Ils croient qu'ils sont morts, qu'ils sont ruinés, qu'ils vont mourir, qu'ils ne sont plus bons à rien, qu'ils sont perdus désespérés ; ils ont le dégoût de la vie et

ils arrivent presque jusqu'au suicide, quoique le suicide s'accomplisse rarement dans ces conditions. dans cet état de prostration qui fréquemment, dans l'état prodromique de la paralysie générale, dure deux ou trois mois. Au bout de ce temps, le malade reprend peu à peu, lentement, son activité. Il sort avec assez de rapidité de cet état de grande prostration pour revenir à son état habituel d'activité. On le croit guéri; il reprend ses occupations; il remplit ses fonctions. On le croit sorti de cette prostration mélancolique que l'on considère comme un accès de mélancolie. Mais, au bout de peu de temps, cette activité qui s'était maintenue à un degré très-modéré, monte, monte toujours, et arrive à un état d'excitation extraordinaire, par une trans=formation qui est analogue à la transformation qu'on observe dans la folie circulaire. Le passage de la mélancolie à l'excitation se fait par des transitions successives. Le malade arrive alors à la période d'excitation analogue à celle de la variété expansive, dont il me reste à vous parler. Le malade monte en grade. Il arrive à reprendre

dans cette période, une activité très-grande, et des idées de grandeur viennent s'ajouter à cet état de forte excitation. Le malade arrive ainsi, successivement, à la période expansive de la paralysie générale, absolument comme ceux qui n'ont pas commencé par l'état mélancolique. La quatrième variété de début est la variété expansive. Cette variété expansive est la plus connue de toutes. Elle fut décrite par MM Bayle et Calmeil, ainsi que la plupart des aliénistes. Dans ces cas, on observe des désordres d'action. La maladie se manifeste alors par des actes tout à fait irréguliers, désordonnés. Ils font des faux; ils font des vols insignifiants, des vols qui ont un caractère tout à fait particulier; ils prennent, par exemple, des objets à un étalage, à une devanture de boutique. Ils s'emparent des objets comme s'ils leur appartenaient. et en font même des collections. On trouve habituellement chez ces malades des objets achetés ou collectionnés, ou volés par dizaine, par vingtaine. Ils collectionnent des objets inutiles, des objets insignifiants, sans en tirer aucun parti. C'est un fait qu'on observe souvent dans les prodromes de la paralysie générale. Ils sont arrêtés pour des actes parfaitement inutiles. Dans

d'autres circonstances, les malades sont traduits devant les tribunaux pour des délits ou des crimes, pour lesquels souvent on cherche à les condamner ou même on les condamne ; car c'est souvent en prison seulement qu'on commence à s'apercevoir de l'état de paralysie générale confirmée, alors que les faits eux-mêmes, pour lesquels ils ont été con:-damnés, n'étaient que la manifestation de leur état maladif. A cette même période, les malades se livrent à de nombreux excès ; ils abandonnent leur vie régulière pour se livrer à des excès de boisson, à des excès de femme, signalés par tous les auteurs comme les prodromes presque obligés de la paralysie générale. A cette même période, les malades commencent à faire des entreprises, des spéculations ; ils se lancent dans des entreprises bien supérieures à leurs moyens de fortune et à leurs dispositions antérieures ; ils changent complètement de conduite, de manière de faire. Ainsi, des hommes qui jusque-là étaient rangés et qui vivaient comme de bons pères de famille, abandonnent leur femme, leurs enfants, prennent une maîtresse, mènent une vie

irrégulière et changent complètement de manière de vivre. C'est ce qui arrive presque toujours dans la première période de la paralysie générale. C'est à cette période particulière, surtout dans les grandes villes, qu'on arrête ces malades. Ainsi, à Paris, beaucoup de paralytiques sont arrêtés à la période de simple excitation avant que leur délire ait encore éclaté complètement, parcequ'ils se livrent publiquement à des actes tout à fait désordonnés, qu'on pourrait supporter dans les campagnes, mais qu'il est im=possible de supporter dans une grande ville comme Paris. Ils cherchent, par exemple, à se déshabiller dans la rue; ils font des actes obscènes; ils se font arrêter pour des vols insignifiants, pour des cir=constances peu importantes qui ne peuvent pas être supportées dans une ville où la police est régulière comme à Paris. Au dépôt de la Préfecture de police, par exemple, on voit souvent arriver des malades à cette période, où la paralysie générale ne fait que commencer et n'a pas encore revêtu tous ses caractères; mais par une étude attentive cet état prodrômique, il est facile de juger dès lors le caractère

spécial à la maladie. Vous voyez donc, Messieurs, les quatre variétés de paralysie générale; vous voyez qu'on peut arriver, malgré la diversité très-grande de ces malades, à la description clinique de toutes les variétés de début, lesquelles aboutissent toutes au même résultat définitif, c'est-à-dire à cette période d'explosion ou d'état de la maladie qui revêt alors des caractères bien déterminés. Ces caractères méritent d'être étudiés attentivement, au point de vue des symptômes physiques et moraux. Les paralytiques, arrivés à cette période de la maladie confirmée, sont généralement dans un état de grande excitation, même les paralytiques monomaniaques, dont le délire paraît assez cir-:conscrit et limité, présentent une étendue de délire beaucoup plus grande que les autres aliénés atteints de délire partiel. Ces malades vous racontent en même temps les choses les plus contradictoires. Ils vous disent en même temps, par exemple, leur vie réelle et leur vie imaginaire. Ils racontent comme deux vies différentes dans le même individu. Il semblerait que ces malades qui vous disent

qui, sont tailleurs, cordonniers, qui vous racontent leur vie réelle telle qu'elle est parallèlement, ont une vie imaginaire qui n'a aucun rapport avec leur vie réelle. C'est un contraste frappant qui existe le plus souvent dans la paralysie générale et qui ne se rencontre pas dans les autres délires partiels. Comme je vous l'ai déjà dit dans une autre séance, le délire partiel est beaucoup plus systématisé, beaucoup mieux coordonné que le délire de la paralysie générale. Ce délire mal systématisé est à lui seul un symptôme très-important de cette maladie. Non-seulement le délire est mal coordonné, mais il est contradictoire. Le malade raconte des choses incompatibles : il se croit en même temps pape et empereur, colonel, chanteur, musicien ; il a les qualités les plus diverses, les plus opposées, des qualités tout à fait inconciliables qui sont racontées parallèlement par le même malade sans qu'il éprouve le besoin de concilier ces idées entre elles et de chercher à justifier ces hypothèses con-tradictoires. C'est là le caractère principal du délire de la paralysie générale. Le délire est multiple, mobile ; il est contradictoire et mal coordonné. A l'aide de ces

quatre caractères qui peuvent être poursuivis jusqu'aux détails, il est facile de pronostiquer la paralysie générale, alors même que les symptômes physiques ne seraient pas encore survenus. Cette étude des caractères spéciaux a été faite surtout pour le délire des grandeurs qui est le plus fréquent dans la paralysie générale, mais il n'est pas constant, il n'est pas pathognomique ; cependant, ces mêmes caractères peuvent s'appliquer également à d'autres variétés de délires paralytiques. Il est des paralytiques, en effet, qui, même à cette période, présentent en même temps, avec le délire des grandeurs, un délire mélancolique. Ces malades sont alors à la période d'affaissement ; ils ont des idées hypochondriaques ; ils se croient morts, perdus ; ils croient qu'ils ont une tête de plomb, des membres de plomb, métalliques, que leurs membres sont transformés ; ils s'imaginent souvent qu'ils n'ont plus de tête, de bras, d'estomac. Et dans ces circonstances, accompagnées souvent de refus d'aliments, il y a là un ensemble de faits qui n'ont été observés que pendant les dernières années et qui constituent

un délire hypochondriaque de la seconde période. De même que je vous ai signalé des conceptions délirantes gaies, il y a également des idées hypochondriaques. Eh bien, ces conceptions délirantes de nature triste, de nature mélancolique, ont les mêmes caractères que les conceptions délirantes de nature gaie, de satisfaction. Ce sont les mêmes caractères; elles sont mobiles; elles sont changeantes; elles sont multiples; elles sont contradictoires. Le malade ne cherche pas à exprimer comment il n'a plus de tête, de membres, d'estomac; il se borne à énoncer ses idées comme des conceptions spontanées sans motif, sans base, sans raison d'être. C'est en cela que le délire hypochondriaque et le délire des grandeurs diffèrent essentiellement des délires systématisés, coordonnés des autres aliénés. Cette première période de la paralysie générale a été considérée par les uns comme un état de manie, par les autres comme un état de monomanie. Ce n'est ni l'un ni l'autre; ce n'est pas l'état de monomanie, puisque le délire est vraiment systématisé; ce n'est pas un état de manie proprement dite, puisque le malade n'arrive pas souvent jusqu'à l'agitation

extrême de l'état maniaque. D'un autre côté, ce qui domine dans cet état, c'est la démence commençante, c'est-à-dire qu'il a toujours des traces évidentes d'affaiblissement intellectuel. Ces malades ne coordonnent pas leurs idées; ils ne les contrôlent pas les unes par les autres; ils ne cherchent pas à prévoir les objections; ils ne cherchent pas à y répondre comme tous les malades atteints de délire partiel: il y a faiblesse dans l'intelligence, dans la mémoire; ces malades ont oublié une foule de faits récents; ils ont le caractère de la démence au milieu même de la plus grande excitation et cette excitation ne semble que de la fécondité d'imagination; c'est un symptome; ils ont toujours de nouvelles idées et leur faculté de création paraît arriver à sa suprême puissance; ils inventent à chaque instant de nouveaux délires; ils sont féconds, très-ingénieux, très-inventifs, et cependant, au milieu de la fer=mentation de leurs idées, il y a l'intelligence qui commence à baisser et des faiblesses très-faciles à constater par leurs paroles et par leurs actes. Ces mêmes malades qui vous diront tour à tour

qu'ils sont rois, empereurs, souverains, qu'ils ~~sont~~ possèdent des millions et des milliards, ces mêmes malades ne font aucune tentative pour sortir des asiles où ils sont enfermés; ils ne cherchent pas à s'évader; ils n'emploient aucun des moyens qu'emploient les autres aliénés pour réaliser leurs conceptions délirantes; ils ne sont pas conséquents dans leurs actes et dans leurs idées, tandis que les malades atteints de délire chronique, du délire des grandeurs cherchent à mettre leurs actes en rapport avec leurs idées. Il y a un ensemble de faits qui démontrent que le délire de la paralysie générale est très-différent du délire des autres formes de l'aliénation mentale. Aussi bien le délire des grandeurs que le délire mélancolique ou le délire hypochondriaque. On peut donc arriver à un diagnostic certain, alors même qu'il n'y aurait pas concurremment un embarras de parole, des tremblements, des phénomènes physiques qui caractérisent la paralysie générale. Cette étude a d'autant plus d'importance que des auteurs modernes, surtout Mr. Baillarger, ont cherché à établir qu'il pourrait exister une manie congestive qui s'accompagnerait de congestions, de certains phénomènes physiques et de certains phénomènes

intellectuels, que ces manies congestives pourraient être susceptibles de guérison. C'est la thèse que M. Baillarger a cherché à établir. Il s'est basé sur un certain nombre de faits bien observés et desquels il résulte qu'après deux mois, trois mois, six mois de cet état mental, les malades peuvent arriver à une guérison apparente ou du moins à une rémission tellement prononcée qu'elle est considérée comme une guérison. Il y a en effet des malades qui, après avoir présenté tous les symptômes de la paralysie générale, semblent arrivés à la guérison. Tous les auteurs en ont cité des cas; Mr. Baillarger en a collectionné une centaine. Il y a même des observations qui ont été rapportées par plusieurs auteurs et dans lesquelles la guérison paraît presque avoir eu lieu. Il est difficile de démontrer, dans ces cas, que la rechute se soit produite, parceque souvent on n'a pas suivi les malades jusqu'à la dernière période de leur maladie. Mr. Morel a publié un fait de ce genre; Mr. Billault et Mr. Baillarger sont arrivés à réunir une centaine de faits, dans lesquels la maladie congestive, la paralysie générale, aurait été suivie d'une rémission

ou même d'une guérison véritable. Au point de vue clinique, ces faits sont incontestables; et, en effet, (autrefois ils étaient peu connus, ils étaient même niés par les aliénistes, mais aujourd'hui il est impossible de les contester). Il y a un certain nombre de paralytiques qui, après avoir présenté ces phénomènes arrivent à une guérison apparente. Mais dans la plupart des cas, le malade présente encore des phénomènes évidents des traces de la maladie; il a encore de l'embarras dans la parole; il a un peu de tremblement; son intelligence est affaiblie; il n'est plus capable des mêmes actes qu'avant la maladie; il a baissé de niveau; son intelligence n'est plus ce qu'elle était autrefois; il n'est plus capable des mêmes efforts intellectuels. Mais comme c'est une question de degré, elle est difficile à juger. Lorsque ces malades retournent dans leur famille ou dans le monde, on croit qu'ils sont revenus à la raison. Mais dans la plupart des cas, pour ne pas dire dans tous, la maladie revient à son caractère primitif après un temps plus ou moins long, et, après une longue rémission, il revient des phénomènes tellement intenses, tellement violents, tellement graves, que la

maladie marche avec plus de rapidité que jamais vers la terminaison funeste. C'est là le fait le plus constant. Néanmoins, il y a certains cas douteux, certains cas difficiles à apprécier dans l'état actuel de la science et qui ont permis à Mr. Baillarger de soutenir que, dans quelques cas, la manie congestive pourrait être suivie de guérison. Dans la plupart des cas, cependant, la maladie reprend son cours, et, après avoir été interrompue, la maladie reprend sa marche vers la paralysie, la démence et la mort. Dans la prochaine séance, nous continuerons l'étude de la paralysie générale et de ses périodes; et, dans une séance ultérieure, nous étudierons les causes, les diagnostics différentiels; nous consacrerons trois séances à l'étude de la paralysie générale.

15e Leçon.

Mardi 23 janvier 1872.

Messieurs,

J'ai entrepris, depuis la dernière séance, la description de la paralysie générale. Je vous ai dit que j'y consacrerais encore deux séances. Dans la séance précédente, j'ai étudié ce qu'on a appelé la période prodromique. C'est ce qu'on devrait appeler plutôt la première période. On l'a appelé période prodromique parceque la paralysie générale ayant été surtout étudié dans les asiles d'aliénés, cette période se passe le plus souvent ou même presque toujours dans les hôpitaux ordinaires ou dans les familles. Mais dans une histoire complète de la maladie, cette période prodromique devrait être appelée la première période. Je l'ai divisée en quatre variétés, pour vous indiquer bien clairement que cette maladie, quoique très-spéciale et tout à fait sui generis, maladie cérébrale ayant des

caractères propres, est cependant très-variable dans ses débuts et se manifeste sous des formes très-diverses. Dans ses débuts, ses formes sont même tellement différentes les unes des autres, qu'on pourrait croire qu'on n'a pas affaire à la même maladie. C'est aussi ce qui a été soutenu par plusieurs auteurs. Les uns ont admis qu'il y avait deux espèces de paralysie progressive, la paralysie progressive sans délire et la paralysie progressive avec délire. Les autres enfin ont cru que ces maladies, ces premières périodes appartenaient à d'autres affections, ou de la moëlle ou du cerveau. C'est ainsi qu'on a confondu souvent ces malades, soit avec des ataxiques ou avec des malades atteints d'ataxie locomotrice, soit avec des atrophies progressives, ou avec diverses maladies de la moëlle épinière, ou même avec des ramollissements, ou des apoplexies. Il y a en effet un diagnostic différentiel très-important à faire sur lequel j'insisterai dans la prochaine séance. Aujourd'hui, mon but est de prendre l'aliéné paralytique ou le malade atteint de paralysie générale au moment de son entrée dans un asile d'aliénés et

et le suivre jusqu'à sa mort. La paralysie générale ainsi comprise, a été surtout étudiée par les médecins des aliénés dans les asiles, puisque c'est là qu'on observe ces maladies. Les médecins des aliénés, comme je vous l'ai dit dans la dernière séance, ont étudié, en quelque sorte, cette maladie à reculons. Ils ont commencé par l'autopsie; puis ils ont connu les dernières périodes de la maladie; et enfin, successivement, ils sont arrivés jusqu'à l'étude des premières périodes. Il nous faut aujourd'hui renverser l'ordre de la description et suivre la marche naturelle de la maladie, c'est-à-dire commencer par l'entrée dans les asiles d'aliénés et arriver jusqu'à la mort. Pour établir une description pathologique, on est obligé d'admettre des périodes dans la maladie. Ces périodes sont souvent sans doute un peu arbitraires et quelquefois même très difficiles à appliquer à chaque cas particulier. Cette distinction des variétés est encore plus difficile dans l'histoire de la paralysie générale que dans toutes les autres maladies. Car si cette maladie a été appelée progressive, c'est au point de vue de l'ensemble de ses symptômes. En effet, elle est progressive, progressive

au point de vue intellectuel vers la démence de plus en plus prononcée ; progressive au point de vue physique vers la paralysie de plus en plus marquée ; progressive enfin, comme maladie, puisqu'elle tend presque cer=:tainement, presque toujours, pour ne pas dire toujours, vers la mort. Il y a donc une progression générale de cette maladie vers la paralysie, vers la démence et vers la mort. A ce point de vue très-général, cette maladie est essentiellement progressive. En effet, si vous envisagez trois ou quatre années de la maladie, quelquefois davantage, (comme je le dirai tout à l'heure) vous verrez que la maladie progresse dans son en=:semble vers la démence, vers la paralysie et vers la mort ; mais si vous entrez dans les détails de l'observation, si vous comparez le paralytique à lui-même, non pas à longue échéance mais à courtes périodes, vous trouverez que la progression est très-irrégulière, que le malade que vous aviez trouvé très-affaibli au physique peut, à certains moments de la maladie, se relever momentanément ; il peut avoir des rémissions, presque des intermittences, et rétrograder ensuite pour progresser de nouveau plus tard. C'est

donc une marche progressive, très accidentée, très inégale avec des rémissions et des paroxysmes, en un mot, une progression très mouvementée et procédant par oscillations. Ce n'est pas là une marche régulière et uniformément progressive; c'est une marche très accidentée et très inégale. Il y a donc de la difficulté pour établir des périodes. Cependant, l'on est bien obligé, pour la facilité de la description, d'admettre trois périodes, sans compter la première qui est considérée comme une période prodromique. Lorsque les aliénés paralytiques entrent dans un asile, ils sont presque tous, à ce moment, dans une période assez analogue, assez identique. Les malades sont dans l'excitation. En effet, généralement, on n'enferme les malades aliénés que quand il y a une raison positive pour les enfermer. Quand les paralytiques sont dans un état de démence inerte et calme, on ne songe pas ordinairement à les conduire dans des asiles d'aliénés. Il faut une période d'excitation assez intense pour déterminer ce placement, aussi bien dans les classes riches de la société que dans les classes inférieures. Le paralytique qui arrive dans un asile d'aliénés, est donc dans un état qui a pu être appelé monomanie, sous certains rapports,

parceque les conceptions délirantes de grandeurs, de fortune, de puissance y dominent; mais c'est un état monomaniaque qui se rapproche beaucoup de l'état et qui participe à la fois des trois formes principales de maladies mentales. Il y a monomanie, en ce sens, qu'il y a des conceptions délirantes déterminées, soit dans l'ordre des grandeurs, soit dans l'ordre des idées mélancoliques ou hypochondriaques particulières; c'est un état maniaque, puisqu'il y a de l'excitation. Enfin ce qui caractérise surtout cette première période de la paralysie générale, c'est la débilité intellectuelle, c'est même là le caractère fondamental des paralytiques à cette première période comme dans toutes les autres. Alors même qu'ils paraissent monomaniaques, ces monomaniaques sont en réalité des déments. Le fond de faiblesse intellectuelle est le caractère dominant de cet état mental, ainsi que je vais vous l'indiquer tout à l'heure. Il faut donc étudier, dans cette première période, la marche de la maladie sous ses trois faces: au point de vue des conceptions délirantes, au point de vue de l'excitation et au point de vue de la faiblesse intellectuelle. C'est par la réunion de ces trois caractères

qu'on parvient à diagnostiquer, dès la première période, la paralysie générale, alors même que les symptômes physiques ne sont pas encore très-caractérisés. Les conceptions délirantes sont le fait qui frappe surtout chez les paralytiques à cette première période. Le malade, bien avant le délire même, a besoin d'expansion; il se rapproche, sous ce rapport, des monomanes à délire partiel expansif. Il a un besoin de parler incessant; il n'attend pas qu'on l'interroge; il vient au-devant de l'observateur. Aussi, quand on entre dans la cour d'un asile d'aliénés, dans une salle, on est très-souvent abordé par un paralytique au début. Ces malades ont besoin d'épancher leur délire, de le faire connaître à tout venant. Ils viennent raconter les mêmes idées à tous ceux qui se présentent, même aux personnes qu'ils n'ont jamais vues et qu'ils ne connaissent nullement. Tout individu qui entre dans un asile d'aliénés, reçoit les confidences immédiates des paralytiques. Les para=lytiques ont d'abord une expression de physionomie qui dénote, à elle seule, le fond de leur délire. On constate par leurs regards, par leurs sourires, par l'illumination de leur physionomie, que ces malades sont dans un

véritable océan de bonheur, qu'ils nagent dans la satisfaction. Ils sont enchantés; ils se portent admirablement; ils ne se sont jamais si bien portés; ils ont un sentiment de bien-être exagéré; ils voient tout en beau; ils sont enchantés de tout; ils sont bienveillants, expansifs, disposés à donner les trésors qu'ils croient posséder, disposés à donner à toutes les personnes qu'ils aperçoivent des titres, des cadeaux, des présents. Ils sont généreux, prodigues, bienveillants; ils expriment à tout venant les conceptions qui les dominent au moment même. Ces conceptions passent par des séries en quelque sorte successives. Il y a d'abord le premier degré. C'est la satisfaction générale. Le malade se borne alors à exprimer sa satisfaction; il se trouve heureux; il est le plus heureux des hommes; tout lui réussit; il a fait des entreprises qui ont parfaitement réussi; il a fait des découvertes; il est arrivé à des résultats merveilleux; il est chanteur, musicien; il va se marier; il est un homme superbe; les femmes courent après lui; enfin, quelle que soit la direction de ses idées, elles

sont toutes dans le sens de la satisfaction et du bonheur. Mais, à ce degré, ce sont encore des idées qui ont un certain caractère de possibilité, qui sont réalisables jusqu'à un certain point; c'est là le premier degré. Le malade raconte des faits faux; il invente; il raconte des histoires qui n'ont aucune base dans la réalité, mais qui ne sont pas absolument impossibles. Il déclare, par exemple, qu'il va se marier, qu'il a réussi dans sa profession, s'il est tailleur, cordonnier; il est le premier ouvrier de son espèce, le premier tailleur, le premier cordonnier, qu'il réussit dans tout ce qu'il entreprend, qu'il gagne dix ou quinze francs par jour. S'il appartient à une autre condition sociale, il vous dira qu'il a fait une fortune considérable dans le commerce; qu'il vient de faire des spéculations heureuses; qu'il va faire encore une plus grande fortune que celle qu'il a acquise jusque là; que tout va lui réussir; que tout est heureux dans sa vie; en un mot, il voit tout en beau; il est optimiste. Ce n'est qu'un délire, parceque les faits que le malade raconte sont faux. Si vous interrogez ses parents, ses amis, sa famille, vous verrez alors que tout cela n'est pas réel. C'est en dehors du monde réel, mais non en dehors du monde possible.

[illegible] pas absurde. il n'y a pas encore d'absurdité. Puis, un degré de plus et vous arrivez alors au délire irréalisable. Chose remarquable, les paralytiques parcourent très-rapidement l'échelle des grandeurs. Alors même qu'ils ne sont pas encore arrivés à l'état de démence ou de manie complète, en les supposant même atteints de délire partiel, ces malades paralytiques parcourent très-vite tous les échelons du délire des grandeurs en quelques jours, quelquefois en une nuit, généralement en 7 ou 8 jours, en une semaine. Le malade arrive du simple délire encore possible, réalisable, au délire tout à fait impossible. Ainsi, s'il s'agit d'un militaire, il croit avoir subitement monté en grade : être devenu de capitaine, chef de bataillon, colonel. Ce sont là des choses encore possibles ; mais, tout à coup, il devient général ou empereur ; il escalade rapidement tous les échelons de la grandeur, et il arrive à l'impossible, jusqu'à se croire Dieu, maître de l'univers. Dans d'autres directions, la même progression rapide a lieu. Ainsi, le malade ne parlait encore que d'une fortune, sans doute exagérée, mais qui était possible dans la situation.

un ouvrier parlait de gagner 10 ou 15 francs par jour ; un autre homme parlait d'avoir gagné plusieurs billets de mille francs, d'être arrivé à une fortune assez considérable et beaucoup au-dessus même de sa possibilité ; tout à coup ces malades arrivent à des millions, à des milliards : du possible, ils arrivent au domaine de l'impossible. C'est une progression qui se fait rapidement dans cette première période du délire des grandeurs. Dans d'autres circonstances le malade n'arrive pas à des degrés aussi considérables de fortune ou de grandeurs, mais il arrive à des conceptions tout à fait absurdes, des conceptions d'un autre ordre, mais qui ne sont pas moins irréalisables, et dans le domaine de l'impossible. Ainsi, il croit avoir ressuscité un mort ; il croit être mort lui-même et être ressuscité ; il croit avoir reconstruit Paris, avoir fait des entreprises gigantesques qui dépassent la possibilité humaine, de sorte que, même en dehors du délire de fortune les malades arrivent à des conceptions délirantes d'une nature impossible, tout à fait en dehors du monde réel, invraisemblable. C'est une chose qui n'a pas lieu chez les autres monomaniaques, chez les malades atteints du délire partiel. Si vous prenez tous les malades atteints du délire de persécution, les

malades atteints du délire religieux, les malades atteints de délire érotique, ces malades n'arrivent pas à l'absurde. Les histoires qu'ils racontent sont fausses, mais elles ne sont pas impossibles, elles ne sont pas contradictoires avec la situation du malade. Il en est de même des autres conceptions qu'il faut étudier parallèlement avec les conceptions des grandeurs. Les conceptions n'étaient pas connues il y a une vingtaine d'années. Il n'y a guère qu'à ce temps qu'on a fixé son attention sur certaines conceptions de nature hypochondriaque ou mélancolique. Il arrive souvent que les paralytiques, en même temps que des idées de grandeurs à cette période, manifestent des idées d'une autre nature. Ils racontent qu'ils sont morts, qu'ils sont ressuscités, qu'on leur a changé diverses parties du corps, qu'ils n'ont plus de bras, de jambes, de bouche, d'estomac, qu'ils ne sont plus les mêmes individus, qu'ils ont grandi ou qu'ils sont rapetissés qu'ils ont une tête de plomb, une mâchoire de cheval, que leurs fonctions digestives ne sont plus possibles, que leur gorge est bouchée qu'ils n'ont plus de bouche, plus d'estomac. C'est en vertu de ces conceptions

souverainement absurdes, contraires tout à fait à l'évidence, que rien ne peut réfuter; en vertu de ces convictions qui sont très-profondes, le malade refuse les aliments. On a même observé des alternatives assez remarquables, quelquefois de deux jours l'un entre les conceptions de nature hypo=chondriaque et les conceptions de grandeurs. C'est ce qu'on observe assez fréquemment à cette première période. Les malades sont un jour dans la béatitude, dans la satisfaction; ils ont des idées de grandeurs, de fortune, mais le lendemain ils sont dominés par des conceptions comme celles que je viens de vous indiquer, de nature triste, mélancolique. Le malade pleure sans savoir pourquoi; il raconte que son père et que sa mère viennent de mourir, qu'il a perdu sa femme, qu'il va lui arriver un grand malheur, qu'il est perdu, qu'on va le condamner, et surtout qu'il n'a plus de bouche, plus d'estomac, comme je le disais tout à l'heure. Et alors le malade revient à lui-même, quelquefois de deux jours l'un, quelquefois pendant quinze jours, quoique, ordinairement, au contraire les malades, dans cette période, mangent beaucoup, avec voracité. Mais, dans certaines conditions particulières et en rapport avec ces conceptions dont je

vous parle, le refus des aliments peut survenir, et il peut être quelquefois très difficile à vaincre pendant un temps assez long, trois semaines, un mois, un temps qui suffirait pour amener la mort par inanition si on ne cherchait pas à combattre ce refus par des moyens artificiels; voilà deux ordres de conceptions délirantes qui n'ont pas une égale importance, puisque les idées de satisfaction et de grandeur sont prédominantes, mais qui méritent d'être pris en considération pour servir au diagnostic. Ils se rencontrent fréquemment dans cette première période de la paralysie générale. Indépendamment de ces conceptions qui sont fréquentes, il y en a d'autres qui sont beaucoup plus mobiles. Il y a chez les paralytiques deux ordres de conceptions délirantes: les conceptions délirantes fixes qui ont un certain degré de fixité pouvant durer un mois, trois semaines, et d'autres conceptions extrêmement passagères, flottantes, qui ne durent que quelques heures ou que quelques jours. C'est comme un tableau mouvementé de conceptions délirantes qui viennent surnager et flotter sur le fond habituel du délire.

Les paralytiques sont extrêmement inventifs, très-féconds; ils ont une fermentation extraordinaire d'idées, leur tête est en ébullition, et, à chaque instant, il surgit spon=:tanément une nouvelle idée, un nouveau délire, délire tout à fait bizarre, singulier, étrange, qui arrive d'une manière inattendue, qui n'a pas de base, qui ne repose sur rien, et qui s'ajoute au délire principal, habituel. Il y a chez les paralytiques deux sortes d'ordres de conceptions: les unes plus fixes, établies et cependant mobiles; et les autres d'une mobilité extraordinaire qui changent du jour au lendemain. Rien qu'à ce caractère facile à constater, on peut déjà diagnostiquer la paralysie générale, alors même que les phénomènes physiques seraient très-difficiles à saisir ou même seraient nuls. Toutes ces conceptions délirantes ont des caractères communs qu'il importe d'étudier et c'est ce qui constitue ce fond de démence qui existe chez les paralytiques, même au premier degré. Ce fond de démence peut être ainsi caractérisé. Les idées du paralytique, à cette période, sont multiples, mobiles, absurdes, contradictoires entre elles. A l'aide de ces quatre caractères qui s'appliquent à toutes les

conceptions délirantes et paralytiques, on peut constater, diagnostiquer la paralysie générale et le caractère de la démence commençante, tandis que chez les monomaniaques les conceptions délirantes, sans être uniques, sont cependant limitées à un petit nombre d'objets; les délires chez le para:lytique sont multiples; il a toujours un grand nombre de conceptions délirantes qu'il expose soit parallèlement, soit en même temps. Si vous causez pendant une heure avec un paralytique, vous ne pouvez pas, en quelque sorte, prendre note de toutes les conceptions délirantes qu'il exprime; tant elles sont nombreuses. Il en a une série considérable, et si vous pouviez écrire sous sa dictée, vous arriveriez à avoir, dans un temps très-court, toutes les conceptions délirantes que peut concevoir l'intelligence humaine. Les conceptions délirantes sont multiples, de plus, elles sont très-mobiles au lieu d'acquérir la fixité qu'elles ont chez les monomaniaques: fixité dont j'ai parlé dans la séance précédente et qui arrive jusqu'au degré de systématisation, qui arrive même jusqu'à être

stéréotypée. Chez ces malades la mobilité des conceptions délirantes est le principal caractère.

Je vous disais tout à l'heure qu'il y avait deux degrés dans cette mobilité des conceptions délirantes, mais même celles qui sont fixes ont un degré de mobilité considérable. Le malade, après avoir exprimé pendant quinze jours les mêmes idées, change de délire. Le délire est toujours dans la même direction dans le sens de la grandeur et la fortune, ou dans un sens contradictoire d'idées, mais les idées principales dominantes changent de caractère. Le malade, au même moment, exprime souvent des idées contradictoires, incompatibles les unes avec les autres. Ainsi, il vous dira qu'il est pape et empereur, et, en même temps, il vous racontera sa vie réelle et sa vie imaginaire. Le même homme vous dira, par exemple, je suis ouvrier, je loge dans tel quartier de Paris, je suis marié, j'ai des enfants, et, en même temps, il vous dira parallèlement, sans sentir la contradiction, qu'il est empereur, qu'il est roi, qu'il a une fortune considérable. Sa personnalité imaginaire sera racontée par lui parallèlement avec sa personnalité réelle. C'est là ce qui constitue le troisième caractère que j'appelle contradictoire.

Le malade a des conceptions multiples, mais, de plus, elles sont contradictoires entre elles. Il ne cherche même pas à les concilier ; il ne sent pas la contradiction ; il n'est pas révolté par l'incompatibilité des conceptions délirantes ; il les raconte parallèlement sans chercher à les concilier, bien différent en cela des monomaniaques ordinaires qui, au contraire, se livrent à un travail de conciliation et de coordination extrêmement compliqué. En effet, le malade atteint de délire partiel prévoit les objections. Il sait parfaitement ce qu'on pourrait dire contre son délire ; il est prêt à argumenter avec les interrogateurs ; il cherche à répondre et à effacer toutes les objections qu'on pourrait lui adresser. Le paralytique, au contraire, ne se donne pas la peine de faire un travail aussi compliqué. Il n'en sent pas le besoin. Pour cela, son intelligence est trop affaiblie et l'incoordination de son délire est précisément la plus grande preuve de cette faiblesse intellectuelle. Même dans cet état où il semble avoir une facilité d'invention qui étonne, le malade invente beaucoup d'idées ; il a une fermentation d'idées considérables, mais ces

idées se contredisent, sont incompatibles. Il n'y a pas de coordination, par conséquent les facultés dominantes de l'intelligence sont affaiblies chez lui. Ce qui caractérise en effet l'homme supérieur et la force de l'intelligence humaine, c'est la coordination, l'esprit de suite, l'esprit de généralisation, la comparaison des idées entre elles, ce qu'on a appelé l'esprit logique. Ces qualités supérieures qui caractérisent surtout l'intelligence humaine et sa force véritable, essentielle, cette force n'existe pas, elle manque chez les paralytiques, même au début quand l'intelligence n'a pas encore beaucoup faibli dans la démence commençante, et la preuve, c'est que le délire n'est pas coordonné et qu'il est composé d'éléments contradictoires. De plus, (nouvelle preuve de faiblesse intellectuelle), ce délire n'est pas seulement contradictoire, il est souverainement absurde, impossible. Il est révoltant d'absurdité. Il n'y a que les paralytiques dans un asile d'aliénés, pour énoncer des conceptions aussi absurdes que celles qu'ils énoncent. Les autres délirants partiels ont en quelque sorte, une sorte de pudeur du délire. La nature ne leur permet pas d'accepter certaines idées souverainement absurdes, et ces idées ne naissent même pas dans leur esprit. Chez les paralytiques, au contraire, elles naissent spontanément;

c'est le produit naturel de leur sol maladif. Les paralytiques éprouvent donc des conceptions absurdes. Ainsi, un paralytique dira qu'il n'a pas de tête, de bras, de jambes, alors même qu'on lui montre ses bras et ses jambes; il racontera qu'il est transformé en cheval; qu'il vient de mourir et qu'il est ressuscité. En un mot, il parle de conceptions révoltantes d'absurdité et contraires à l'évidence; voilà un caractère nouveau et très important du délire paralytique.

Vous le voyez, Messieurs, par cet abrégé qui aurait besoin d'être plus détaillé si l'on avait des malades sous les yeux à vous montrer, on peut toujours pronostiquer la paralysie générale dans la première période, même sans avoir le secours des symptômes physiques. Lorsqu'on a étudié la paralysie générale dans les asiles d'aliénés, on ne s'est occupé que de l'état physique; on a considéré les symptômes paralytiques comme une simple complication qui pouvait survenir dans toutes les espèces de folie. En effet, si on acceptait la classification de Pinel et d'Esquirol, il est remarquable que les symptômes de la paralysie

peuvent survenir chez les maniaques, chez les monomaniaques et chez les déments; il était donc naturel qu'Esquirol, pour expliquer son opinion, considérât la paralysie générale comme un symptôme physique venant compliquer toutes les variétés de la folie. Mais si l'on se place au point de vue de l'observation clinique plus vraie, si l'on constate que les paralytiques ont les mêmes délires et les mêmes caractères de délire quelles que soient les variétés de conceptions délirantes, on arrive à trouver l'unité morbide sous la diversité des manifestations. On voit alors des paralytiques mélancoliques, des maniaques, des monomaniaques ou déments, mais qui tous présentent ce caractère commun des conceptions délirantes. En effet, que les paralytiques soient des paralytiques mélancoliques, maniaques ou déments, ils expriment des conceptions délirantes et ces conceptions sont multiples, mobiles, absurdes et contradictoires entre elles. A l'aide de ces quatre caractères principaux, on peut arriver à diagnostiquer la paralysie générale, même sans symptômes physiques évidents. Mais il y a d'autres caractères qui viennent s'ajouter à ceux-là. Ils ne sont pas tirés des conceptions délirantes; ils sont tirés de l'état général

ces malades. Ces malades, à cette période, sont presque tous agités; ils ne sont pas des monomaniaques dans le sens habituel du mot, bien loin de là. Au lieu de se borner à exprimer leur délire comme les malades atteints de délire partiel, ces malades ont un besoin d'action incessant; ils ne peuvent pas tenir en place; ils ont besoin de remuer, d'aller, de venir, de sortir, de rentrer, d'agir; ils parlent sans cesse; leur loquacité est en rapport avec leur mobilité; ils sont à un premier degré d'excitation maniaque sans être encore arrivés au degré le plus élevé; de plus, ces malades ont besoin de remuer les doigts, les mains, d'agir, de se déshabiller, de déchirer. Ils déchirent les livres qu'on peut leur prêter; ils enlèvent leurs vêtements; ils se mettent tout nus; ils brisent; ils cassent tous les objets extérieurs, tout ce qui leur tombe sous la main. En un mot, ils ont besoin de mouvements automatiques, d'une sorte d'agitation convulsive qui est encore un caractère de la paralysie générale à son premier degré. Ce sont des malades atteints de délire partiel sous certains rapports, mais qui présentent toujours en même temps plusieurs caractères de

l'état maniaque. Habituellement cet état maniaque arrive à un degré plus considérable : les malades alors s'agitent, poussent des cris, ne dorment pas la nuit, répètent constamment les mêmes paroles et les mêmes actes, et l'on est obligé de les contenir soit en les enfermant dans des cellules, soit en leur mettant la camisole de force. Ils luttent contre les personnes chargées de les garder ; ils s'en prennent même aux objets inanimés ; ils renversent tout ce qui fait obstacle à leurs mouvements ; ils arrivent en un mot, de la simple excitation à l'état maniaque proprement dit. Ainsi donc, pour juger les paralytiques par le délire, il faut tenir compte de l'ensemble des symptômes, du caractère spécial des conceptions délirantes du caractère de l'agitation maniaque et du caractère de la démence commençante qui se manifeste même au milieu d'un délire en apparence partiel. Ainsi, ces malades qui paraissent, à première vue, assez raisonnables, qui ont les caractères du délire partiel, ont souvent oublié leur âge, le lieu de leur naissance, les circonstances principales de leur vie, ne savent pas dans quel endroit ils se trouvent, ne savent pas depuis combien de temps ils sont dans l'asile, ne savent pas quels sont

ceux qui les y ont conduits. Beaucoup de faits ont échappé à leur mémoire et ils sont dans un état qui indique la faiblesse de l'intelligence qui commence alors même qu'elle n'est pas encore arrivée au degré de la démence véritable. Ces malades, dans beaucoup de circonstances ont de grandes lacunes dans l'intelligence, lacunes qui, même à ce degré, indiquent évidemment la démence commençante. A côté de ces caractères, tirés de l'état intellectuel, viennent se placer les caractères physiques qui donnent la démonstration de l'existence de la maladie. La plupart du temps, en effet, ces malades éprouvent, dès le début de leur affection, des phénomènes physiques. Quelques-uns ont des céphalalgies, des maux de tête intenses, mais ce phénomène n'est pas constant. D'autres présentent une dilatation inégale des pupilles; dans le tiers des cas, en effet, on constate qu'une pupille est plus dilatée que l'autre. Dans d'autres circonstances, on observe des tremblements, des mouvements convulsifs dans les muscles de la face, soit lorsque la face est immobile, soit lorsque le malade veut commencer à parler. La parole surtout est embarrassée

souvent au début, d'une manière légère, difficile à saisir. Pour constater l'embarras de la parole chez les paralytiques il faut avoir l'habitude de cette observation spéciale. Il ne faut pas s'imaginer qu'il soit analogue à celui de l'apoplexie de l'ataxie ou d'autres maladies qu'on rencontre dans les hôpitaux ordinaires, cet embarras de la parole est très-peu marqué. Il se manifeste surtout par certaines suspensions dans l'émission des mots. Le malade commence une phrase et tout à coup il s'arrête entre deux syllabes. Il y a alors arrêt, ou suspension dans l'expression d'un mot, ou bien on sent un effort manifeste pour lancer une syllabe. Le malade ne peut pas alors parler couramment; il éprouve le besoin tantôt de parler vite et tantôt, au contraire, de ralentir la prononciation des mots. La parole est saccadée. Il y a arrêt, suspension et difficulté dans l'émission des sons et cet effort est ordinairement accompagné d'une contraction musculaire très-évidente dans les lèvres, dans les traits de la face, ou dans les parties voisines des joues. En résumé, il y a effort manifeste pour lancer une syllabe, ou un mot, avec un temps d'arrêt et une suspension évidente. C'est là le premier degré de

l'embarras de la parole chez les paralytiques. D'un autre côté, on peut constater le plus fréquemment, des phénomènes physiques de paralysie dans les mains ou dans les jambes. A cette première période, ces phénomènes sont encore peu marqués, mais cependant on peut les constater par une observation attentive. Le malade n'a plus de précision dans les mouvements des doigts; il éprouve de la difficulté à écrire, à se livrer à certains exercices, à certaines professions qui exigent de la délicatesse dans les mouvements des doigts. Certains malades qui sont, par exemple, mécaniciens, horlogers, qui ont une profession exigeant cette délicatesse du tact, sont obligés d'abandonner leur état; ils ne peuvent plus le continuer. Il en est de même pour les mouvements des jambes. Les malades marchent encore avec une grande facilité; ils marchent même très-vite, mais leur marche est saccadée; elle est très-irrégulière et se rapproche, sous certains rapports, de la marche des ataxiques ou des malades atteints d'un commencement de maladie de la moëlle épinière. En un mot, ces malades ne peuvent plus avoir une marche régulière. Si on les abandonne à eux-mêmes

sur un terrain plat et libre, ils marchent presque en courant, parcequ'ils ne peuvent pas marcher méthodi=
=quement et lentement. Mais si vous voulez les faire marcher au pas, si, par exemple, vous les prenez par les bras pour leur faire marquer le pas, pour leur faire faire par conséquent, des mouvements réguliers et coordonnés, vous ne pourrez pas y arriver. La coordination n'existe pas dans leurs mouvements, de même qu'elle n'existe pas dans leurs idées; il y a absence de coordination dans l'intelligence comme dans la mobilité. Pour constater ce premier degré d'ataxie, il faut mettre le malade dans des conditions différentes. Par exemple, il faut constater comment il est au moment où il se lève. Quand il est sur une chaise ou sur un fauteuil, il lui faut un effort pour se lever et se lancer en avant comme dans les maladies de la moëlle épinière. Une fois lancé, le malade continue à marcher, mais à la condition d'aller vite et même de marcher en penchant le corps en avant. Si, au contraire, vous voulez qu'il marche lentement, régulièrement, au pas, vous n'y arriverez pas. Dans d'autres circonstances, le trouble est encore plus manifeste; le malade trébuche en marchant; il se heurte il se laisse tomber de temps en temps; il butte contre un

le pied, contre une marche, ou contre le moindre obstacle.
Il n'a plus la facilité de mouvement qu'il avait auparavant.
Il a, en un mot, le premier degré de l'ataxie. En effet,
cette maladie qu'on a appelé paralysie générale n'est
pas à proprement parler une paralysie; elle se rap=
=proche bien plutôt des chorées, des ataxies, des
tremblements; en un mot, des phénomènes nerveux
qui ne sont pas de la paralysie proprement dite. Et
le malade conserve le caractère de la paralysie pendant
toute la durée de la maladie, même dans la dernière
période, alors où il est obligé de rester au lit, il peut
mouvoir ses bras dans le lit. La mobilité n'est
jamais complètement supprimée, la paralysie n'est
jamais complète et c'est plutôt une coordination des
mouvements qu'une véritable paralysie ou une perte
absolue du mouvement comme dans d'autres affections
cérébrales. Nous insisterons beaucoup sur ce signe
en parlant du diagnostic différentiel. Un autre
phénomène paralytique qui arrive souvent aussi
dans la même première période, c'est l'incontinence
des urines. Ce caractère n'arrive quelquefois que plus
tard chez certains malades, mais il en est d'autres,

au contraire, où il survient de très bonne heure. Le malade laisse alors aller sous lui ses urines et plus tard même il laisse aller ses matières fécales; il y a là une paralysie de la vessie et du rectum qui est le phénomène principal de la maladie. Il y a également quelques phénomènes qu'on a exagérés au point de vue de la sensibilité: l'anesthésie, par exemple. On a signalé l'anesthésie comme existant dès le début. C'est vrai dans quelques cas, mais généralement elle est difficile à constater; cependant, si l'on étudiait avec soin la sensibilité dans cette paralysie au début, on constaterait souvent de l'anesthésie. L'hyperesthésie arrive également dans d'autres cas. Le malade est alors tellement sensible qu'on ne peut pas le toucher quand on veut l'approcher; il est effrayé, pousse des cris, a une sensibilité exagérée. L'hyperesthésie est souvent très marquée. De plus, il y a même, à cette première période, d'autres symptômes physiques qui viennent s'ajouter, de temps en temps, aux précédents. Le malade passe par certains états aigus pendant lesquels on constate une augmentation notable de la température. Mr le Docteur Ludwig Meyer, à Berlin a constaté que chez ces malades, à la période aiguë, la température du

corps pourrait s'élever de plus d'un degré, comme dans l'état fébrile alors même que le pouls était ralenti comme dans la méningite; et en effet, cette maladie n'est qu'une méningite chronique. La température du corps est souvent élevée pendant les périodes d'excitation de la paralysie générale; et à ces périodes d'excitation correspondent d'autres phénomènes physiques. Il y a amaigrissement, un état semi-fébrile et la peau est sèche. La nutrition se fait très-mal. C'est à ce moment que surviennent les conceptions hypochondriaques et le refus des aliments qui peut être poussé jusqu'au point de déterminer la mort. En même temps que la lésion de nutrition et que d'autres phénomènes, il y a, à la même période, tendance aux eschares. Pendant des excitations très-violentes les malades qui ont maigri, qui ont la peau sèche, qui refusent les aliments, qui ont une nutrition incomplète, ont en même temps des eschares qui se produisent sur certaines parties du corps et qui indiquent une profonde cachexie, un profond trouble dans l'état général de nutrition du malade. Presque toujours les malades peuvent traverser cette

période aiguë sans mourir. Après avoir passé trois semaines, six semaines ou deux mois, dans l'état que je viens d'indiquer, peu à peu la chaleur de la peau diminue, la nutrition commence à se faire, l'alimentation également, et, peu à peu les malades reprennent leur santé générale et un embonpoint qui va même toujours en augmentant à partir de ce moment. Après avoir traversé cette première période très-aiguë, avec lésions de la nutrition, le plus souvent les malades passent outre et arrivent alors à une période ultérieure, où l'embonpoint commence à paraître. Mais cette période aiguë d'agitation, avec lésions de la nutrition, n'a pas été suffisamment signalé par les auteurs.

Vous voyez donc, Messieurs, qu'il y a dans cette maladie, même à la première période, des symptômes physiques en même temps que des symptômes intellectuels et moraux. Arrivés à cette limite, à cette période de la marche de la maladie, nous avons à noter un fait très-essentiel et qui n'était pas connu des premiers auteurs, c'est la possibilité des rémissions extrêmement prononcées dont je vous ai déjà parlé dans la précédente séance. On croyait autrefois que la paralysie générale, une fois

arrivée à la période que je viens de décrire, ne pouvait plus rétrograder; qu'elle devait fatalement marcher vers la démence, la paralysie et la mort. Eh bien! il n'en est rien. Il est des malades, en effet, qui, après avoir passé quatre cinq ou six mois dans l'état que je viens de décrire, s'améliorent sous tous les rapports. L'excitation tombe; la faiblesse intellectuelle, au lieu d'augmenter, diminue; les conceptions délirantes dis=paraissent en grande partie; les malades cessent de se croire rois empereurs, souverains, ou de croire qu'ils possèdent des millions. Les idées délirantes disparaissent ainsi presque toutes. Il n'en reste, en général, que quelques-unes qui ont le caractère de la vraisemblance et qui sont plus acceptables. Le délire, en un mot, rétrograde et revient à la période antérieure, quelquefois même il disparaît tout à fait. Le malade semble alors guéri, au point que lui-même s'étonne d'avoir pu éprouver de pareilles conceptions délirantes; il n'y comprend rien; il a presque tout oublié; il est étonné quand on le lui raconte; mais il ne veut pas avouer généralement qu'il a été malade. C'est à ce caractère qu'on reconnaît

la persistance de la maladie, malgré la suppression apparente des conceptions délirantes. De plus, le malade n'est plus lui-même; il a baissé considérablement. Ceux qui l'ont connu antérieurement, sa femme, ses enfants, ses proches parents, ses amis, ne le reconnaissent plus. Cet homme était-il intelligent? Avait-il une intelligence remarquable? Une grande activité? Il est devenu un homme ordinaire, au-dessous de la moyenne; il est très-inférieur à ce qu'il était auparavant; son intelligence est diminuée; et, dans tous les cas, où l'on prétend avoir vu une véritable guérison, on s'est trompé. Le malade est arrivé à l'état seulement raisonnable, mais il a baissé. Il en est de même pour les phénomènes physiques. Il reste soit des maux de tête, soit une dilatation inégale des pupilles, soit des incontinences d'urine passagères; il reste quelques symptômes, quelques phénomènes physiques, intellectuels et moraux, qui indiquent que la maladie persiste. On ne peut pas mieux comparer cet état qu'à ce qui arrive souvent chez certains phthisiques. Ce sont là deux maladies également chroniques et également fréquentes qu'on a cent fois occasion d'observer dans la même année.

les deux maladies ont une marche identique. Il y a des phthisies galopantes, aiguës; de même, il y a des paralysies générales à marche rapide. D'un autre côté, il y a des phthisies tellement lentes qu'elles peuvent durer toute la vie. Il y a des individus condamnés comme phthisiques à 20 ans et qui meurent tuberculeux à 70 ans. Ce qui n'empêche pas de considérer la phthisie comme incurable, comme une maladie qui doit conduire à la mort dans un terme rapproché. Or, de même qu'il y a des phthisies lentes, de même il y a des paralysies générales à marche lente et à évolutions successives. De même que chez certains phthisiques, avec sueurs nocturnes, amaigrissement, état fébrile le soir et tous les caractères de la phthisie, tous les caractères stéthoscopiques, après quelques mois, après un voyage, un déplacement, le malade peut revenir à un état de santé apparente; la fièvre cesse, les sueurs également, le malade revient à un état qui est presque la guérison. Mais, plus tard, une nouvelle poussée tuberculeuse revient dans une autre partie du poumon et détermine de nouveau les mêmes symptômes.

Mr Baillarger, qui a surtout attiré l'attention sur les premières périodes de la paralysie générale, a voulu les détacher de la maladie et en faire une maladie spéciale. Il a admis que ces malades étaient atteints d'une maladie à laquelle il a donné le nom de manie congestive. Ce mot avait pour but d'indiquer à la fois l'excitation et les phénomènes de la congestion. Et il a dit que la manie congestive était susceptible de guérison et que dans les cas de rémissions, comme je les appelle, comme les appellent les auteurs, dans ces cas là, il y avait simple suspension de la maladie, mais que dans les autres cas, il y avait réellement guérison; que la manie congestive était susceptible de guérison, quoique, en général, elle soit suivie de phénomènes ultérieurs de la paralysie générale. Il a admis alors deux catégories de faits: les faits où la manie congestive guérissait et plus tard les faits où elle était suivie de paralysie générale. Ce n'est pas ainsi qu'on doit envisager la question. On doit admettre ce fait clinique vrai, qu'il y a, plus souvent qu'on ne le croyait autrefois, des rémissions très marquées qui peuvent durer même deux ans dans quelques cas rares, mais la maladie n'en existe pas

moins à l'état latent et elle est toujours sur le point de se reproduire avec ses caractères propres. C'est donc là une période momentanée de la maladie et non pas une période de guérison. Et la preuve, c'est que toutes les observations qu'on a prises, ont démontré la rechute et le retour de la maladie. M. Baillarger a cité une centaine de cas de guérison ou de rémission très prolongée. Mais ces malades n'ont pas été suivis ultérieurement pendant un temps suffisant pour qu'on puisse affirmer que les cas n'ont pas reparu, et tous les cas que nous avons sous les yeux dans les asile de France et de l'étranger démontrent que la guérison n'a pas lieu et que la maladie revient avec les caractères qui lui appartiennent. Il faut donc envisager cette période comme une période de rémission plus ou moins prolongée, mais au point de vue de la médecine légale, elle est importante à constater, surtout au point de vue de la séquestration. Faut-il retenir ces malades qui peuvent être pendant deux ans dans un état de rémission? Si vous les tenez enfermés vous violez la liberté individuelle; si vous les remettez en liberté, ils retombent plus

vité, ont plus d'excitations peuvent se livrer à une foule d'actes nuisibles, car ces malades conservent leur débilité intellectuelle et certains symptômes physiques qui démontrent la persistance de la maladie. Il est arrivé souvent que des malades rendus à la liberté ont fait des actes, se sont mariés, ont fait des testaments, des actes civils acceptés par les tribunaux et des actes qui souvent ont compromis leur propre fortune ou celle de leur famille. Dans ces conditions, le jugement du médecin est difficile à porter. Il doit tenir compte des degrés de rémission dans certains cas. Si elle n'est pas prononcée, alors son rôle est facile; mais, dans les cas où la rémission est arrivée presque à simuler la guérison le jugement est très-difficile pour le médecin légiste. Il doit tenir compte de l'ensemble des phénomènes, des caractères physiques et moraux de la maladie. Ce n'est que par une appréciation d'ensemble qu'on peut porter un jugement régulier et acceptable par les tribunaux. Quoi qu'il en soit dans la plupart des cas, les rémissions n'arrivent pas à ce degré là. Presque toujours les malades sont affaiblis et leur état mental est facile à constater, même lorsqu'ils

sont rentrés dans leur famille ou dans la société, soit que la paralysie générale ait éprouvé sa période de suspension, soit qu'elle marche d'une manière continue et qu'elle arrive à la seconde période. Cette seconde période est surtout caractérisée par l'état maniaque. Cet état que je vous ai signalé dans la première est évident dans la seconde. Les malades, arrivés à cette seconde période, sont affaiblis dans leur intelligence et très-agités. Le caractère principal de cette démence paralytique est d'être une démence agitée contrairement à ce que je vous ai dit pré=cédemment pour la démence apoplectique. Les malades qui ont eu plusieurs attaques d'hémorragie cérébrale sont ordinairement dans un état d'inertie et de vie végétative. Ils restent immobiles sur un fauteuil, dans un coin, sans faire aucun mouvement, sans prononcer aucune parole, et cela pendant des années. La démence apoplectique, une fois arrivée à ce degré, est ordinairement immobile et inerte; la démence paralytique, au contraire, est extrêmement agitée et très-inégale. Il y a une différence très-grande de l'intelligence d'une semaine à l'autre,

quelquefois d'un jour à l'autre. Lorsque vous observez attentivement le malade, vous trouvez une différence très-tranchée. Ainsi, un jour un malade aura beaucoup de peine à marcher, à parler, sa parole paraîtra très-embarrassée et au bout de quelques jours, au contraire, il paraît revenu à un état meilleur sous le rapport physique et intellectuel. Il y a une très-grande inégalité dans l'état du malade, quoique, au fond, cet état ait les mêmes caractères. Ces caractères sont ceux de l'état maniaque et automatique. Le malade a besoin de ramasser, de remuer, de s'agiter, d'aller et de venir; il cherche à passer par toutes les portes; il ne connaît pas d'obstacles; il renverse tous les obstacles; il se déshabille et il déchire. La plupart des paralytiques, à cette période, ont un besoin continuel de déchirer, de se déshabiller, de crier, de prononcer les mêmes mots, les mêmes paroles, avec une sorte de persistance convulsive. Le malade répète pendant des heures entières les mêmes phrases, les mêmes mots, d'une manière saccadée, incessante, aussi bien pendant la nuit que pendant le jour. Cette agitation est ordinairement intermittente; elle a des alternatives quelquefois de deux jours l'un.

Ainsi, beaucoup de paralytiques sont agités pendant la nuit et calmes la nuit suivante. Il en est qui ont des agitations de 24 heures et qui sont calmes pendant 24 heures; d'autres le sont pendant 48 heures; d'autres le sont tous les deux jours, mais presque toujours il y a une période de calme et une période d'agitation. Pendant les périodes de calme, le malade est dans l'abattement, son intelligence est très-affaiblie; pendant la période d'agitation cette excitation donne un coup de fouet à son intelligence et le malade est plus susceptible de prononcer des paroles et d'exprimer ses idées mais le caractère de la démence est alors très-évident. Elle ne se borne pas à ces caractères généraux du délire, comme dans la première période; la démence est très-prononcée; le malade a oublié beaucoup de mots, beaucoup d'idées; il a oublié son passé, souvent il ne reconnaît plus les personnes de sa famille, les personnes qui l'entourent; il méconnaît les choses; il a perdu la notion du temps, de son âge, du passé; sa mémoire est très-affaiblie, ses idées commencent à être incohérentes. Il y a là une véritable démence paralytique, mais cette démence est accompagnée

d'agitations automatiques. C'est à cette période que les phénomènes physiques augmentent d'une façon très-notable : la parole est embarrassée, la marche plus difficile, les mouvements des bras et des mains commencent à être incertains. Les phénomènes physiques ne sont plus douteux : les malades sont gâteux, laissent aller sous eux et on est obligé de les laisser sur un fauteuil percé et de les y maintenir. Dans d'autres circonstances, on est obligé de leur mettre un appareil pour recueillir leurs urines et pour leur permettre la marche. L'incontinence des urines est constante ; aussi bien le jour que la nuit. Ils sont gâteux. La faiblesse des jambes est extraordinaire, très-prononcée. Ils marchent précipitamment, mais ils marchent en se penchant à droite, ou à gauche, ou en avant. L'inclinaison latérale du tronc est fréquente. C'est un certain degré d'hémiplégie qui alterne, tantôt plus prononcé à droite, tantôt plus prononcé à gauche. D'autres fois le corps est penché en avant plutôt que sur le côté. C'est à cette période aussi qu'on observe un fait nouveau : les congestions, les attaques congestives ou convulsives. C'est un des caractères principaux

de la paralysie générale à la seconde et à la troisième périodes. Je vous ai dit que, dans la variété congestive, les congestions peuvent exister dans les premières périodes mais chez les autres paralytiques c'est à la seconde et à la troisième périodes qu'on les observe. Ces congestions ont des durées très-différentes: tantôt elles sont très-courtes, ont des durées tout à fait passagères, durent quelques minutes, quelques secondes, passent même inaperçues, mais elles laissent des traces notables dans l'intelligence et dans les mouvements. Après une de ces petites congestions, les malades ont la parole bien plus embarrassée, une marche bien plus incertaine, les idées plus confuses et l'intelligence plus affaiblie. C'est souvent à ces symptômes qu'on reconnaît que le malade a eu une congestion qui a passé inaperçue. Le malade n'est pas tombé, les employés et les domestiques qui l'entourent n'ont pas constaté l'attaque, mais le médecin, quand il arrive le lendemain ou dans la soirée, constate un changement notable dans l'état du malade. Le malade n'a plus le degré d'intelligence

qui la facilité de ses mouvements qu'il avait quelques heures auparavant. Ces congestions ont pour caractère de laisser des traces, mais des traces qui ne sont pas durables. Il arrive qu'au bout d'un jour, deux jours, trois jours, ces phénomènes d'aggravation momentanée disparaissent, le malade revient peu à peu à l'état antérieur et quelquefois, après quelques jours, après deux ou trois heures d'aggravation momentanée, le malade semble rétrograder et après une de ces congestions, le malade peut récupérer une partie de son intelligence et de la facilité de ses mouvements. Cela rentre toujours dans cette marche qui, quoique progressive dans l'ensemble, est très-mouvementée dans ses détails. Les attaques peuvent être beaucoup plus fortes; alors elles sont constituées par de véritables congestions avec chutes, perte de connaissance, coma, souvent même avec des convulsions de la face, de certains muscles du corps; d'autres fois avec des convulsions générales épileptiformes, car il y a chez ces malades tous les degrés possibles des congestions. Les congestions sont souvent très-graves. Le malade est comme dans un état comateux qui donne les plus grandes inquiétudes, quelquefois même on le croit mort;

la respiration est gênée, il semble à l'agonie. Ces malades sont condamnés par les médecins, à tel point qu'on a jeté quelquefois sur eux le drap mortuaire croyant qu'ils avaient expiré et ces malades revenaient à eux, et quelquefois le lendemain ils se mettaient à marcher, à courir dans la cour de l'asile et le médecin qui les avait condamnés était tout étonné de les voir aussi bien et même quelquefois mieux qu'avant cette grande attaque. Il y a des changements à vue qu'il faut connaître pour ne pas porter un pronostic tout à fait faux. Les malades qui ont eu une congestion de ce genre en ont ordinairement plusieurs. Cependant ils peuvent arriver à la mort sans congestion. Il en est chez lesquels la congestion se produit toutes les semaines, tous les quinze jours, tous les six mois, à des intervalles plus ou moins éloignés, mais ceux qui ont eu une attaque, en ont généralement plusieurs, et, tôt ou tard, ces attaques déterminent la mort. C'est ce qui fait que la marche de cette maladie et sa durée ne peuvent pas être déterminées d'une manière

d'Italie. Il y a des paralytiques qui sont très rare[s] ... attaqués au bout d'un an, d'un an et demi de maladie et d'autres qui peuvent vivre pendant 4, 5 et même 10 ans. C'est un état exceptionnel, comme je le disais tout à l'heure. Les attaques congestives et convulsives sont l'état habituel de la seconde et de la troisième période. Le passage de la 2e à la 3e période est presque insensible. Là, la maladie a atteint sa dernière période. Quand un paralytique est arrivé à cette période dernière, ordinairement il ne rétrograde pas ou ne retrouve plus les rémissions que j'ai signalées précédemment. Cependant il y a quelques exemples, mais ils sont rares. Généralement, la maladie est progressive, mais toujours avec le caractère de l'inégalité dans les degrés, selon les jours ou les mois, on constate de la différence, seulement les malades sont en démence; ils ont perdu la mémoire; leur intelligence est très-affaiblie; leurs idées sont restreintes; ils répètent souvent les mêmes mots ou les mêmes pensées. Ce sont souvent les idées de grandeur ou les idées de satisfaction des premières périodes qui persistent encore et qui se manifestent, mais ce sont plutôt les mots, c'est-à-dire les moyens

d'exprimer ces idées que ces idées elles-mêmes, qui survivent à la perte générale de l'intelligence.

Je suis presque arrivé à la fin de cette description. Dans une prochaine séance, qui sera probablement la dernière du cours de cette année, je terminerai en examinant l'étiologie, l'anatomie, la pathologie, la durée, la marche, les pronostics de cette maladie et même le traitement des divers accidents, car la maladie est presque toujours incurable et le traitement ne peut être que palliatif ou symptomatique.

Dans la prochaine leçon, je terminerai le cours de cette année. J'aurai ainsi passé en revue toutes les formes principales des maladies mentales. J'aurai étudié, avec vous, le délire général, le délire partiel, les formes chroniques de la folie et enfin la paralysie générale qui est une maladie spéciale et qui mérite une étude distincte.

La dernière séance aura lieu Samedi.

16e Leçon.

27 Janvier 1872.

Messieurs,

Je vais terminer aujourd'hui le cours de cette année. Je me suis proposé, dans cet enseignement élémentaire, de vous faire parcourir rapidement l'étude des différentes formes de la folie. Je n'ai pas voulu aborder d'autres côtés de la question, c'est-à-dire l'étude de l'anatomie pathologique générale, de l'étiologie, de la thérapeutique des autres branches, en un mot, de la médecine mentale ; je me suis confiné dans la symptomatologie, et même en spécifiant la symptomatologie, j'ai pensé que c'était là le point le plus important à étudier au point de vue de la pratique et je me suis borné à faire l'exposé rapide de l'explication des différentes formes les plus connues, les plus généralement reconnues des maladies mentales. Dans la dernière séance, nous nous sommes arrêtés à

étude de la dernière période de la paralysie générale.
Je vous ai dit que cette maladie était une maladie parfaitement spéciale, très bien limitée, même dans l'état actuel de la science, une maladie sui generis tout à fait distincte, intermédiaire entre les maladies cérébrales ordinaires et la folie proprement dite.
Je vous ai montré qu'elle débutait de façons très diverses selon les individus et qu'on pouvait admettre quatre variétés de début : deux variétés dans lesquelles dominent les phénomènes physiques et deux variétés dans lesquelles dominent au contraire les phénomènes intellectuels et moraux. Les deux premières sont des variétés spécialement paralytiques qu'on observe surtout dans les hôpitaux ordinaires, dans lesquelles dominent les phénomènes physiques de la paralysie.
L'autre variété est la variété congestive qui se rapproche beaucoup des apoplexies et des ramollissements du cerveau et toutes les maladies congestives de l'encéphale. Les deux autres variétés, au contraire sont la variété mélancolique et la variété expansive. Je vous ai décrit successivement

ces quatre variétés de début aboutissent comme des ruisseaux à un fleuve, c'est-à-dire à un résultat commun dans lequel toutes ces variétés viennent confluer, viennent aboutir. Une fois arrivés à ce point commun, il y a certainement des divergences, quelques différences de détail qui méritent des descriptions particulières, mais cependant il est possible de faire une description générale, commune. C'est ce que j'ai essayé en montrant que malgré la grande inégalité de la marche, il y avait cependant une progression constante vers la paralysie, vers la démence et vers la mort. Cette progression est très inégale, très accidentée, c'est-à-dire qu'il y a des périodes dans lesquelles la maladie semble rétrograder, revenir en arrière, dans lesquelles les malades, après avoir été paralysés, très-affaiblis, très-déments, gâteux, peuvent momentanément, et quelquefois pendant plusieurs mois, récupérer une partie de leurs facultés, et même rentrer dans leur famille, dans la société, reprendre leurs occupations anciennes. Ce sont là des rémissions assez fréquentes, quoique toujours exceptionnelles, qui s'observent plus souvent dans cette maladie qu'on ne croyait autrefois. C'est un fait d'observation dont

il faut tenir grand compte soit au point de vue de l'observation vraie, soit au point de vue du pronostic et de la durée de la maladie. Car ces formes congestives, ces formes paroxystiques de la paralysie générale, avec des rémissions prononcées, durent ordinairement plus longtemps que les autres. Quoi qu'il en soit, malgré ces rémissions, la maladie reprend toujours son cours; les caractères primitifs reparaissent et on voit les malades qui reviennent aboutir à l'état qui constitue la 2e et la 3e périodes de la maladie.

Dans cette 3e période, les malades sont inertes, obligés de garder l'immobilité, ils sont assis sur un fauteuil ou même couchés. De temps en temps, cependant, ils peuvent récupérer une partie de l'activité de leurs membres inférieurs et ils peuvent encore marcher avec quelque difficulté étant soutenus, inclinés à droite ou à gauche, en avant, en faisant de faux pas, en se laissant tomber, mais il y a des malades qui marchent presque jusqu'à la fin, presque jusqu'au dernier moment, tandis que d'autres paralytiques sont paralysés des membres inférieurs au point de ne pas pouvoir marcher seuls ou quand ils seraient

internes. Il y a là des différences de degrés. Chez ces malades à cette période, on observe surtout une démence assez prononcée. L'intelligence est très-affaiblie et le malade conserve encore une partie de ses conceptions antérieures, mais ce sont plutôt des mots, des idées très-vagues qui restent des périodes antérieures. Ils expriment des idées de grandeur, de fortune, de richesse ou bien des idées mélancoliques comme je vous les ai indiquées : de croire qu'ils sont morts, qu'ils ne sont plus, qu'ils sont perdus, qu'ils ont des membres de moins ou transformés. Les idées des périodes antérieures persistent souvent jusqu'à la fin ou du moins les mots qui les expriment. Les malades répètent encore ces mots alors même que souvent ils n'en comprennent plus le sens. A cette dernière période, il y a même, ordinairement, de temps en temps, des attaques congestives ou convulsives. Ces attaques sont plus ou moins fréquentes selon les malades. Il y a des malades qui en présentent un très-grand nombre tous les mois, tous les deux mois et cela pendant longtemps; d'autres au contraire, n'ont que deux ou trois attaques dans toute leur maladie; elles sont très-intenses, ressemblent à de véritables attaques apoplectiques ou épileptiques. Il serait impossible,

d'après une observation directe de l'attaque, de juger de la nature si l'on n'avait pas connaissance des antécédents et de la marche ultérieure de la maladie. Ces attaques congestives sont souvent très-graves. Les malades sont presque morts; il est arrivé plusieurs fois qu'on les recouvrait du drap mortuaire, du linceul; on les abandonnait comme à l'agonie et comme étant presque morts. Quelquefois, quelques heures après, le malade revient à lui et il peut même le lendemain se remettre à marcher, à courir absolument comme les jours précédents et quelquefois même un peu mieux qu'avant l'attaque. Il y a là une espèce de résurrection, de transformation utile à connaître, parceque jusqu'au dernier moment on doit toujours conserver l'espoir possible d'un rétablissement au moins momentané. Il y a des malades qui ont eu des attaques extrêmement fortes, intenses, désespérées et qui cependant reviennent à la vie quelquefois très-long temps après la dernière attaque. Quoi qu'il en soit, ces attaques, une fois produites se renouvellent assez fréquemment et et le malade qui a eu une attaque, en a ordinairement plusieurs. Mais, à chaque attaque, il court un nouveau

danger; chaque attaque est une menace ~~différente~~ nouvelle, suspendue sur sa tête. Il est remarquable cependant que la mort n'arrive pas chez les aliénés paralytiques par suite des affections cérébrales elles-mêmes. Les paralytiques qui parcourent toutes leurs périodes peuvent vivre très-longtemps : 5 ans, 6 ans, quelquefois même 10 ans dans les cas exceptionnels. Le plus souvent ces malades sont enlevés par des maladies incidentes. Ils sont au lit; ils sont gâteux; ils laissent aller leurs urines. Les urines produisent des excoriations soit aux parties génitales, soit au siège. Il survient des eschares au siège, au sacrum, d'autres fois aux talons, dans toutes les parties du corps qui posent sur le lit. Il y a des eschares provenant, non-seulement de la compression du séjour au lit, mais de l'état général du malade, de l'état de marasme où il est malgré une alimentation ordinairement très-suffisante, quoique l'alimentation soit très-bonne. Cela tient à un état cachexique, à un état d'anémie, à un état de marasme qui accompagne la dernière période de la paralysie générale et qui fait que les eschares, lorsqu'elles se produisent, sont très-difficiles à guérir, d'abord à cause du

contexte habituel des urines mais surtout à cause de l'état général du malade. Un certain nombre de malades meurent à cause des eschares par leur état de marasme ; d'autres meurent par des com:plications incidentes, soit par diarrhée, pneumonie intercurrente, soit par d'autres affections qui in:terviennent comme complications. Lorsque, au contraire, le malade échappe à ces complications, il peut vivre pendant longtemps ; il peut avoir nombre d'attaques congestives et convulsives, continuer à végéter, à exister d'une vie végétative pendant des années, surtout lorsque les soins hygiéniques sont excellents, que le malade est entouré de beaucoup de soins de propreté et qu'on parvient à le mettre dans des positions différentes, à le déplacer, à le changer de lit et même à le faire marcher en le soutenant entre deux personnes afin d'éviter le séjour au lit continuellement ou sur un fauteuil. Il est donc difficile de fixer la durée de la paralysie générale. Cette durée a varié beaucoup dans l'opinion des médecins depuis 1820 c'est-à-dire depuis l'époque de la découverte de la maladie.

On a commencé par croire qu'elle ne durait que six mois parcequ'on ne tenait compte que de la dernière période. Plus tard on l'a fait remonter à un an, deux et trois ans. Il y a 20 ans encore on admettait que trois ans étaient la moyenne de la maladie. Aujourd'hui nous sommes bien loin de ce compte en prenant en considération les faits nouvellement observés, soit la période de prodrome qui dure souvent très long temps, soit les rémissions après les congestions, on est obligé de prolonger beaucoup la durée de la maladie et au lieu d'admettre comme moyenne trois ou quatre ans, on arrive à une moyenne beaucoup plus étendue. Dans les circonstances où l'on observe à Paris, aujourd'hui nous avons des exemples de malades qui ont vécu 7, 8 ans et même 10 ans. Ce sont des exceptions, ce n'est pas la loi habituelle, mais il faut tenir compte de ces faits exceptionnels, afin de ne pas exagérer les pronostics, car les médecins spécialistes les plus distingués, MM Calmeil et Foville déjà âgés, en sont encore à l'opinion de leurs premières années, à affirmer que la maladie dure un an, un an et demi tout au plus. Ils ne tiennent pas compte des faits

nouvellement arrivés qui doivent nous faire allonger la durée moyenne de la maladie. Quoi qu'il en soit, c'est une maladie très-grave, une maladie mortelle et tous les cas de guérison qu'on a cités sont très-contestables. Dans tous les cas, ce ne sont que des guérisons temporaires, des guérisons de 2 ans, 4 ans 6 ans au plus, des rémissions, et la maladie reprend toujours son cours, alors même qu'elle a été longtemps interrompue. Ce sont des cas difficiles, au point de vue de la médecine légale, comme je vous l'ai dit dans la précédente séance, mais, au point de vue pathologique, ils ne le sont pas du tout. Cette maladie là est incurable et mortelle dans l'état actuel de la science.

Après cet aperçu rapide sur la marche de la paralysie générale à ses différentes périodes j'arrive à étudier son étiologie. On peut faire l'étiologie de la paralysie générale d'une manière spéciale. Elle n'est pas absolument l'étiologie de la folie. Jusqu'à présent, on a pu faire l'étiologie générale de toutes les maladies mentales. On a étudié les causes de la folie. On a admis qu'il y

avait des causes morales et des causes physiques; que la folie était produite par des impressions, par des émotions de toute nature, par la crainte, l'ambition, l'amour, l'amour contrarié, par des causes morales ou des causes physiques telles que des causes traumatiques agissant sur la tête. Mais la paralysie générale peut être étudiée d'une manière spéciale; elle a aujourd'hui, dès à présent, une étiologie qui lui est propre. Ainsi, par exemple, au point de vue de l'hérédité qui est une cause très-fréquente pour toutes les formes des maladies mentales, je vous ai dit que dans certaines formes elle était presque constamment héréditaire. La folie raisonnante la folie circulaire ou à double forme, la folie du suicide et la folie intermittente, presque toutes les folies intermittentes sont très-fréquemment héréditaires. L'hérédité joue un rôle prépondérant dans l'étiologie de la folie. Dans la paralysie générale, il n'en est pas de même; c'est une maladie qui peut être héréditaire dans un certain nombre de cas, mais qui souvent est individuelle, personnelle, accidentelle. Nous assistons à notre époque, à la production de la paralysie générale. Depuis que cette maladie est connue, depuis 1822, les

médecins qui ont observé les paralytiques ont vu souvent naître la paralysie générale sous leurs yeux. Ils ont pu étudier l'étiologie les causes qui paraissent les plus favorables au développement de cette maladie. Il y a pourtant une restriction à faire, à ce point de vue : c'est que si on voit naître la paralysie générale, on la voit également se perpétuer et si on trouve, dans la plupart des cas l'hérédité ascendante, on trouve souvent l'hérédité descendante, c'est-à-dire que les enfants des personnes qu'on a vues paralytiques peuvent devenir à leur tour aliénés ou paralytiques. On assiste à l'hérédité descendante, et on trouve assez fréquemment l'hérédité ascendante. Il en est de la paralysie comme de la phthisie. On voit souvent des phthisiques naître de parents phthisiques, mais on assiste à la production spontanée de la phthisie. La médecine ordinaire donne souvent de ces faits chez des individus qui n'ont pas de phthisiques dans leurs famille ; la paralysie générale peut être assimilée sous ce rapport, à la phthisie. Il y a plus d'hérédité descendante que d'hérédité ascendante. Quoi qu'il en soit ce sont des causes occasionnelles qui, la plupart

du temps produisent la paralysie générale. Les causes sont prédisposantes ou déterminantes et il importe de les étudier. Les causes prédisposantes sont d'abord l'âge : la paralysie générale étant une maladie de l'âge mûr, de l'âge adulte. On l'observe très-rarement avant 25 ans; à peine est-ce qu'on l'ait observée; de 25 à 30 ans elle est extrêmement rare; à partir de 30 jusqu'à 45 on l'observe plus souvent; c'est dans cette moyenne de 15 ans que la paralysie générale est très-fréquente. A partir de 45 ans, elle commence à diminuer; à 50, 55 ans, elle est de nouveau très-rare; on l'observe à peine dans un âge avancé. Si quelques auteurs ont soutenu le contraire, cela tient à une erreur de diagnostic; ils ont confondu avec la paralysie générale vraie d'autres affections du cerveau, le ramollissement chronique et l'apoplexie surajoutés l'un à l'autre, des tumeurs du cerveau, des maladies organiques du cerveau qui surviennent souvent dans un âge avancé, mais ce n'est pas la paralysie générale vraie. Si l'on tient compte de notre description de la paralysie générale, on voit qu'elle est très-rare à partir de 55 ans. Il y a donc là un élément principal, c'est l'âge. Un autre élément que l'âge, c'est le sexe.

La paralysie générale est surtout très-fréquente chez l'homme. On a même cru qu'elle était spéciale à l'homme. Pendant longtemps, on n'en avait pas trouvé d'exemples chez la femme. C'est encore vrai dans certaines classes de la société, dans les classes élevées, non seulement en France, mais en Allemagne et en Angleterre. C'est à peine si on observe un cas de paralysie générale chez la femme dans les classes supérieures. Ainsi, à la Salpêtrière, à Rouen, à St Yon, dans les grandes villes, dans les asiles consacrés aux femmes, on trouve un certain nombre de paralytiques femmes, mais dans les maisons privées, pour les classes supérieures de la société, c'est à peine si de temps en temps on rencontre un cas de paralysie générale chez la femme. Chez les hommes au contraire, cette maladie est extrêmement fréquente et dans les grandes villes, à Paris par exemple ils constituent le tiers ou le quart des malades des asiles d'aliénés. La proportion est tellement considérable, que sur quatre aliénés qui entrent à Bicêtre, il y a pour ainsi dire un paralytique; la proportion est presque du

quart de la population aliénée de la ville de Paris. C'est une proportion énorme. Cette proportion diminue lorsqu'on va dans les asiles de province. Il y a beaucoup moins d'aliénés paralytiques dans les pays agricoles, surtout dans les petites villes, dans les villages. Ceci nous amène aux causes déterminantes. Les causes déterminantes principales résident dans les excès, excès de femmes, excès de boissons, excès de travail, excès d'études, excès d'activité de tous genres et on peut résumer l'étiologie de la paralysie générale dans ce mot général : excès de dépenses de force nerveuse. C'est une maladie qui semble provenir d'une déperdition des forces nerveuses qui n'est plus en rapport avec la force personnelle de chaque individu. Or, vous savez tous que cette force n'est pas mesurable. Il n'y a pas moyen de constater jusqu'à quel point chaque individu est susceptible de résister à des excès de tous genres. Les uns résistent beaucoup, les autres très-peu. Il y a là une proportion qui est très-difficile à établir entre l'actif et le passif de l'économie animale humaine. On ne peut donc pas dire qu'un homme qui a fait beaucoup d'excès deviendra nécessairement

paralytique. L'expérience prouve le contraire; mais on remarque que ceux qui deviennent paralytiques ont fait des excès de force nerveuse qui n'étaient pas en rapport avec leur constitution et tous ont dépassé la mesure de leurs forces nerveuses. C'est une chose difficile à apprécier, puisque cette mesure est variable avec les individus. Mais, quoi qu'il soit, la plupart des hommes ou des femmes qui deviennent paralytiques se sont livrés à des excès de tous genres, de femmes, de boissons, d'études, d'insomnie, de veille, à des excès d'activité de tous genres, activité fébrile, activité inquiète, activité incessante de jour et de nuit, sans répit, sans repos, sans intermittence. C'est dans ces conditions de vie fébrile, de vie tourmentée, remplie par la suractivité, en un mot, qu'on arrive à la paralysie générale; et c'est ce qui fait comprendre que cette maladie est une maladie des grandes villes et non pas des campagnes ou des petits villages. On peut établir aujourd'hui que la statistique est assez avancée pour établir que dans toute l'Europe, dans l'univers, dans tous les pays connus, en Amérique, les mêmes

faits généraux se reproduisent. Plus une ville est grande, plus elle compte d'aliénés paralytiques. C'est à Londres, à Petersbourg, à Trieste, à New-Yorck, à Paris qu'on trouve un plus grand nombre d'aliénés paralytiques et on pourrait presque établir une proportion mathé=matique, géométrique, entre la grandeur de la ville et le nombre d'aliénés paralytiques qui s'y rencontrent. C'est un fait général aujourd'hui parfaitement établi. Il est tellement frappant que, lorsqu'on arrive dans les campagnes, dans les pays exclusivement agricoles, on a beaucoup de peine à découvrir un paralytique. Ainsi, dans certains asiles de France, comme à l'asile du département de l'Aude, où se trouve un médecin distingué et capable, qui a étudié la paralysie générale à Paris, qui la connait parfaitement, qui ne peut pas la méconnaitre quand elle existe, c'est à peine s'il voit trois paralytiques par an dans l'asile, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, parceque c'est un pays composé exclusivement de populations agricoles, où il n'y a pas de grandes villes, pas de manufactures, pas d'industries, où il n'y a pas cette vie fébrile que j'indiquais tout à l'heure, cette réunion d'excès de tous genres et de

dépense de force nerveuse qui pourrait être la vraie cause productrice de la paralysie générale. Cette observation a été faite dans tous les pays; elle a été confirmée par tous les auteurs anglais, allemands, américains. C'est un fait acquis à la science que la paralysie générale se produit dans les grandes villes en vertu des causes de suractivité nerveuse. On a attribué cette maladie plus spécialement aux excès sexuels et aux excès alcooliques, mais il faut y ajouter les excès d'étude, de fatigue cérébrale de tout genre. Les professions qui donnent lieu à la paralysie générale se trouvent en rapport avec ce genre d'existence, d'existence aventureuse, vagabonde, irrégulière, mal coordonnée, avec le genre de ces existences déclassées, incertaines, comme il y en a tant dans la société moderne. On a remarqué, à Charenton, que le plus grand nombre des paralytiques étaient des militaires, des officiers de différents grades ayant mené la vie oisive de café, d'excès, la vie de garnison, la vie d'excès de certains officiers comme il en existe en temps de paix dans les villes de garnison. D'autres fois la même observation a été faite chez les femmes à d'autres points de vue. Il y a un fait très-

remarqué c'est que la plupart des paralytiques observés à Ste Anne et à la Salpêtrière, ces paralytiques ont eu des filles publiques ou des femmes entretenues ayant mené une vie à la fois misérable, pénible et d'excès de tous genres. C'est dans cette catégorie sociale qu'on observe soit à Paris, soit dans les grandes villes, les paralytiques femmes, tandis que dans les autres villes et dans les classes plus élevées de la société la paralysie générale est presque inconnue chez les femmes. MM Baillarger et Lunier, et avant eux, M. Bayle, le premier auteur qui ait bien décrit la paralysie générale, ont attribué une grande influence à la congestion comme cause de la paralysie générale et à toutes les cir=constances qui la favorisent. Ils ont admis, comme cause prédisposante, le tempérament sanguin, le tempé=rament congestif et toutes les professions qui favorisent la congestion vers la tête comme les professions de chauffeur, de cuisinier, de serrurier, d'ouvrier s'occupant des hauts-fourneaux. Ils ont admis que dans ces cas la paralysie générale était plus fréquente, de même que dans d'autres circonstances où il y a suppression des hémorroïdes, suppression des règles, en un mot toutes les causes physiques ou morales qui favorisent la

congestion du sang vers la tête. Cette circonstance mérite certainement d'être prise en considération, mais on en a probablement exagéré l'importance. La paralysie générale n'est pas seulement une maladie congestive, c'est surtout une altération de la substance nerveuse, comme je le dirai tout à l'heure, et ce n'est pas seulement au fait de la congestion qu'il faut attribuer la paralysie générale, car la congestion du cerveau peut produire d'autres maladies, comme les maladies cérébrales, le ramollissement, les variétés encéphaliques, plutôt que la paralysie générale proprement dite. Mr. Baillarger cite des cas où la paralysie générale a succédé à l'érysipèle du cuir chevelu; c'est encore une variété de la congestion du sang vers le cerveau. Cette étiologie est certainement très incomplète, mais elle peut donner déjà une idée des circonstances principales où se produit cette maladie. Les observations données par l'anatomie pathologique viennent confirmer cette étiologie soit au point de vue de la congestion, soit au point de vue des lésions de la surface du cerveau: L'anatomie pathologique de la paralysie générale a, en effet, donné des résultats parfaitement

concordants, quoi qu'on en ait dit depuis le début de son étude depuis 1822. Les auteurs ont principalement fixé leur attention sur les lésions cadavériques trouvées chez les paralytiques aliénés, et toutes les descriptions anatomiques, toutes les nécropsies ont donné à peu près les mêmes résultats. Il y donc là un fait général qu'on ne peut pas contester. On a bien dit que ces lésions n'étaient pas constantes; que, chez certains paralytiques morts, on observait à peine des lésions appréciables cérébrales; que chez d'autres les lésions étaient variables; que ces lésions pouvaient être considérées comme des effets consécutifs de la maladie et non comme la cause première de la maladie; on a dit encore que ces mêmes lésions pouvaient se rencontrer dans d'autres affections, qu'elles existaient chez les vieillards, chez les alcooliques chroniques, qu'elles existaient dans la démence sénile; que beaucoup de malades qui étaient restés sains d'esprit jusqu'à la mort, qui étaient morts d'affections du coeur ou d'autres organes, pouvaient encore les présenter; qu'à la Salpêtrière (par exemple), dans l'infirmerie des vieillards, on constatait à l'autopsie, chez les vieilles femmes, des lésions analogues à celles des aliénés paralytiques. On a cherché à contester la valeur des lésions cérébrales

paralytiques. mais quand on observe avec soin, il est impossible de les confondre avec d'autres. Elles diffèrent sur plusieurs points importants, sur lesquels j'insisterai. Les lésions de la paralysie générale sont de deux ordres : elles portent d'une part sur les méninges et d'autre part sur la substance cérébrale elle-même. Les lésions des méninges peuvent être, en effet, contestables. Ce sont des lésions inflammatoires; ~~des méninges~~; les méninges sont épaissies; la dure-mère présente de fausses membranes, adhérentes aux os du crâne. L'arachnoïde et la pie-mère sont épaissies, opaques; elles présentent des ecchymoses très-développées, un état congestif très-évident. Tous ces phénomènes anatomiques se rapprochent beaucoup d'autres phénomènes congestifs observés dans d'autres affections cérébrales; mais ils sont différents. Non-seulement les méninges sont opaques, épaissies, sanguinolentes, mais elles sont adhérentes à la substance corticale. En cherchant à enlever avec une pince ou un scalpel les portions des méninges qui sont à la surface du cerveau, surtout à la ligne médiane et sur les lobes antérieurs, vous constatez,

qu'en plusieurs points, vous ne pourrez pas arracher les méninges sans la substance cérébrale. Il y a adhérence entre la substance corticale superficielle et la membrane de la pie-mère; voilà le premier symptôme très-constant, fréquent dans la paralysie générale, de l'adhérence des méninges à la substance corticale. Or, cette lésion, ce symptôme en indique un autre; c'est le ramollissement de la couche corticale elle-même, car si la couche corticale n'était pas ramollie, il serait difficile de l'enlever, avec la facilité qui existe dans ces cas là, de l'enlever avec les méninges elles-mêmes. Or, il y a ramollissement de la substance corticale. Il a lieu, comme l'a observé, Mr Parchappe, dans la couche moyenne de la substance grise; il a lieu surtout dans la partie médiane, sur les lobes antérieurs. Quand vous enlevez, avec la pince, la méninge, l'arachnoïde de la pie-mère et de la substance corticale, vous trouvez au-dessous de la partie enlevée une sorte d'ulcération; il y a ce qu'on appelé la décortication du cerveau. Enlevez une portion de la substance corticale, la portion de la substance grise qui reste est ulcérée à la surface; elle présente des petites saillies, des petites rugosités

caractéristiques, car grâce à ces ulcérations précises de la substance grise superficielle, il y a là des symptômes, des lésions évidentes, caractéristiques de la paralysie générale; de plus, la substance grise a perdu de sa coloration normale. Tantôt, elle est beaucoup plus pâle dans les cas anciens, après six ans de maladie par exemple; tantôt, au contraire, elle est rouge violacé, très-injectée dans les premières périodes de la maladie. Non-seulement la substance grise corticale est altérée, mais la substance blanche est altérée, d'une autre façon, en sens inverse, elle est indurée, et Mr. Baillarger a parfaitement fait observer qu'il y avait là un double travail parallèle dans les deux substances cérébrales. La substance blanche s'indure, tandis que la substance grise se ramollit, surtout dans les lobes antérieurs. Le ramollissement de la substance grise, pendant l'induration de la substance blanche, avait été noté autrefois. Mr. Foville et les premiers observateurs ont fait cette observation et Mr. Baillarger l'a confirmée par des observations très-attentives. Souvent, dans ces cas extrêmes, on n'a qu'à racler la partie supérieure de

la substance grise pour que la substance blanche se soit à découvert et présente à l'observateur les indices qui indiquent une induration incontestable de la substance blanche des lobes inférieurs. De plus, on trouve de la sérosité très-abondante dans la cavité de l'arachnoïde et dans le ventricule des membranes présentant l'apparence d'une peau de chagrin, et ce caractère est tellement fréquent, tellement constant, que Mr. Joire, médecin à Lille, en a fait le caractère principal de la paralysie générale.
Vous voyez donc que par l'étude anatomique directe, à l'aide de la vue, comme les anciens anatomistes, on peut arriver à constater des lésions assez fréquentes dans la paralysie générale. Mais l'étude microscopique est venue s'ajouter à cette étude anatomique simple et le microscope a donné des résultats encore plus probants. C'est seulement depuis un petit nombre d'années que cette étude a été poursuivie en Allemagne et en France par plusieurs auteurs.
MM Parchappe et   ont insisté sur la différence qui existait entre les lésions de la paralysie générale et celles qu'on déjà observées dans le foie pour la cirrhose et dans les reins pour la maladie de la gravelle ; ils ont noté que le tissu interstitiel se développait

sous l'influence du travail inflammatoire. Le tissu interstitiel se développant devenait l'objet, devenait le siège d'une prolifération nucléaire successive et déterminait ou caractérisait la paralysie générale au même degré que les lésions du foie caractérisent, déterminent la cirrhose. Mr. Magnan, médecin à Ste. Anne, a poursuivi cette étude et il est arrivé, dans sa thèse publiée en 1868 et dans plusieurs mémoires publiés depuis, à présenter des données anatomiques précises à cet égard, mais c'est en observant la moëlle, en étudiant la moëlle que ces données anatomiques ont été obtenues mieux encore qu'en observant le cerveau, car Mr. Magnan a porté son observation sur des faits dans lesquels la paralysie générale débute par la moëlle, par des phénomènes médullaires, remonte vers le cerveau, et c'est dans ces faits, où la lésion est principalement médullaire, qu'il a surtout étudié cette lésion, qu'il a rendu sensible et qu'il a pu ensuite l'appliquer aux cas où la maladie, au lieu de débuter par la moëlle, débute par le cerveau. Il a ainsi établi deux catégories de faits : l'une, dans laquelle la lésion

commence par la moëlle et remonte vers le cerveau; l'autre au contraire où elle commence par le cerveau pour redescendre vers la moëlle. A l'aide de ces études anatomiques très-précises, il a établi les caractères essentiels des lésions anatomiques de la paralysie générale. Plus on observera au microscope les lésions chez les paralytiques, plus on confirmera cette première donnée d'observations qui s'est trouvée découverte en même temps en France et en Allemagne. Les travaux des divers observateurs se sont ainsi confirmés les uns par les autres. Il y a donc dans la paralysie générale, des lésions anatomiques démontrables soit à la vue, soit à l'observation directe; soit au microscope. Il n'est pas juste de dire que la paralysie générale est aujourd'hui une maladie sans lésions, ou du moins sans lésions déterminables et caractéristiques.

Après ces indications très-générales sur l'anatomie pathologique de la paralysie générale, j'arrive au diagnostic différentiel. Je vous en ai fourni les éléments dans la séance précédente, en vous disant que la paralysie générale n'était pas, à proprement parler, une véritable paralysie, que

c'est plutôt un état choréique, de tremblement, d'incoordination des mouvements, qu'une véritable paralysie générale. Les aliénés paralytiques ne sont presque jamais paralysés dans le sens rigoureux du mot. Ils peuvent encore remuer les bras, les jambes dans leur lit, alors même qu'ils ne peuvent plus se soutenir, ni marcher, ni soutenir le poids de leur corps. Il n'y a donc jamais paralysie complète. La paralysie des aliénés, comme symptôme a quatre caractères principaux : premier caractère : elle est générale, c'est-à-dire qu'elle existe dans toutes les parties du corps, à peu près au même degré. Elle est toujours incomplète, c'est-à-dire qu'elle n'arrive jamais à la paralysie complète comme dans d'autres affections cérébrales où la mobilité est absolument impossible, comme dans certaines apoplexies ou d'autres affections cérébrales. Enfin elle est progressive non pas en étendue comme dans les maladies de la moëlle où la paralysie est ascendante ; c'est une progression en intensité ; elle progresse, devient de plus en plus marquée. Enfin, elle est accompagnée et précédée dès le début,

d'un embarras de la parole qui est très léger, très faible d'abord, plus marqué ensuite. C'est le caractère pathognomonique de la paralysie générale. Il faut trouver ces quatre caractères pour diagnostiquer la maladie. Si elle n'est pas générale, si elle n'est pas progressive, vous n'avez pas affaire à cette maladie spéciale; vous avez affaire à d'autres maladies cérébrales qui ne sont pas encore connues, qui sont mal connues mais ce n'est pas la paralysie générale vraie des aliénés telle que nous la connaissons. Donc, au point de vue du symptôme paralytique lui-même, il y a là des symptômes essentiels pour le diagnostic différentiel. Il y a encore, au point de vue, d'autres symptômes, même des symptômes physiques. Ainsi, les lésions des sens sont très-rares dans la paralysie générale vraie, et il peut se faire que ces lésions n'existent pas. L'ouïe n'est pas altérée, l'odorat ne l'est pas non plus; la sensibilité générale est à peine atteinte. Il y a anesthésie partielle un peu de diminution de la sensibilité, mais c'est à peine sensible. Il n'y a pas de véritable anesthésie, comme dans l'hystérie ou comme dans d'autres maladies organiques du cerveau. Il n'y a pas d'altération

des sens dans cette maladie; en thèse générale, on ne perd pas la vue, on ne perd pas l'ouïe, on ne perd pas les sens. Donc, les cas qu'on a cités sont des cas excep-:tionnels. On en a cité quelques-uns, dans lesquels il y avait de l'amaurose. C'est un cas très-exceptionnel. Il y a quelques exemples mais ils sont très-rares. En thèse générale, on peut dire que les lésions des sens ne sont pas caractéristiques de la paralysie générale. Il en est de même d'autres phénomènes physiques: céphalalgies, vomissements, contractures, crampes, phénomènes très-marqués du système musculaire nerveux qu'on observe dans d'autres affections cérébrales; ils sont rares, temporaires dans la paralysie générale vraie. Ils peuvent bien exister à la suite d'une attaque congestive ou convulsive, mais, dans la plupart des cas, ces phénomènes ne tardent pas à disparaître; ils ne sont pas constants et permanents comme dans les autres affections cérébrales. A l'aide de ces données, on arrive au diagnostic diffé-:rentiel, surtout si l'on ajoute l'étude des diverses maladies à l'étude de la paralysie générale elle-même. Ainsi, par exemple, dans l'apoplexie,

l'hémorragie cérébrale vous avez une invasion subite, rapide de l'attaque, à la suite de laquelle on a observé de l'hémiplégie qui a été très-remarquée au moment de l'attaque; elle a été quelquefois complète; elle a duré longtemps. Cette hémiplégie ne diminue qu'avec une extrême lenteur; elle diminue d'abord aux jambes; elle ne diminue aux bras que très-ultérieurement. Bien que très tard, le malade commence à marcher; il se sert de ses jambes avant de se servir de ses bras. A tous ces points de vue vous avez des différences très-grandes. Il en est de même du ramollissement qui s'accompagne de maux de tête, de vomissements, de phénomènes de contractures, d'hémiplégie, en un mot de symptômes, de phénomènes physiques très-prononcés, de lésions des sens, phénomènes physiques qui n'existent pas dans la paralysie des aliénés. Les mêmes remarques peuvent être appliquées à toutes les maladies de la moëlle. Dans les maladies de la moëlle, vous avez de la paralysie, de l'incontinence d'urine; vous n'avez pas de symptômes cérébraux, d'embarras de la parole, de lésions des sens, vous n'avez pas les symptômes qui signalent dans la première période de la paralysie

générale. On pourrait parcourir ainsi toutes les affections nerveuses susceptibles d'être confondues avec la paralysie générale et on trouverait même, au point de vue des symptômes physiques, des différences essentielles. Ainsi, pour les intoxications alcooliques au point de vue des symptômes physiques, dans l'alcoolisme le tremblement est extrêmement marqué, beaucoup plus que dans la paralysie générale pendant les accès; mais à partir d'un certain moment, la rémission survient et les phénomènes disparaissent. La marche des symptômes, comme leur caractère, tout est différent dans l'intoxication par le plomb, par le mercure, vous avez des phénomènes, des symptômes physiques, différents de ceux de la paralysie générale. Mais, indépendamment de ces symptômes physiques, vous avez les autres qui diffèrent : ce sont les symptômes intellectuels et moraux. Il y a un double diagnostic à faire : le diagnostic physique et le diagnostic psychique. Tous les caractères propres à la paralysie générale peuvent servir au diagnostic. Le délire est beaucoup plus marqué dès le début de la paralysie générale,

que dans les autres affections du cerveau. Lorsqu'il se produit, ce délire, dans une autre affection du cerveau, a plutôt le caractère de la démence, de la démence profonde arrivant presque jusqu'à l'inertie intellectuelle, plutôt qu'un délire actif. Enfin, il y a le caractère des délires de grandeur qui, sans être pathognomonique, est du moins fréquent : les aliénés paralytiques expriment souvent des idées de grandeur, de puissance, qui servent cons-tamment au diagnostic. Dans d'autres circonstances, ils expriment des idées hypochondriaques; ils se croient morts, ils se croient perdus; ils croient qu'ils n'ont pas de tête, de jambes, d'estomac, de bouche, que leur corps est transformé. Toutes ces conceptions délirantes servent souvent au diagnostic par opposition à l'alcoolisme dans le délire duquel il y a des craintes imaginaires, des perceptions subjectives de la vue, des visions d'animaux, tous phénomènes qui n'existent pas dans la paralysie générale, dans aucune de ses variétés. Les lésions des sens servent aussi au diagnostic différentiel comme je vous l'ai dit, même au point de vue de l'alcoolisme. Vous voyez donc qu'en se rappelant bien exactement les éléments que je vous ai indiqués soit les symptômes

physiques, soit les symptômes moraux de la paralysie générale on peut arriver assez facilement au diagnostic différentiel avec les autres maladies du cerveau, soit de la moëlle, soit du système nerveux. En général, lorsqu'on a à diagnostiquer une paralysie générale, il faut insister sur les phénomènes dont je viens de parler ; il faut se demander si la maladie, si la paralysie est arrivée peu à peu, progressivement, lentement ou si elle a eu une invasion subite et brusque ; s'il y a eu hémiplégie, dans le cas où elle est tranchée, il est probable que vous n'avez pas affaire à la paralysie générale des aliénés, mais à une autre affection du cerveau ; s'il y a eu lésion des sens, dès le début, perte de la vue, de l'ouïe, de la sensibilité générale, il faut rechercher également le caractère du délire, si le malade a commencé par faiblir intellectuellement par perdre la mémoire des noms, des mots plutôt que la mémoire des choses, auquel cas vous auriez affaire à une autre affection cérébrale ; si enfin, le malade au commencement, présente un délire actif, soit dans le sens des grandeurs, soit dans le sens de la mélancolie hypochondriaque.

A l'aide de l'ensemble de ces caractères, vous pourrez arriver au diagnostic différentiel. Il n'y a de difficile que certains cas d'alcoolisme chronique. Il y a des cas qui se rapprochent extrêmement de la paralysie générale, à tel point qu'il est encore difficile de les distinguer. Vous n'avez guère que les perceptions subjectives, les phénomènes visuels, les lumières, les phénomènes lumineux, les spectres, les visions d'animaux, les visions de fantômes effrayants, terribles; il n'y a guère que ces phénomènes là qui puissent servir à distinguer l'alcoolisme de la paralysie générale. Mais il arrive quelquefois, surtout à Paris, que les deux maladies sont mélangées chez le même individu. Un paralytique s'est livré à des excès de boissons comme il arrive souvent à la première période; il s'est livré à l'alcoolisme et il a, à la fois, les phénomènes de la paralysie générale commençante et les phénomènes de l'alcoolisme confirmé. Les deux phénomènes sont ensemble dans le même individu; c'est ce qui rend souvent difficile le diagnostic. C'est ce qui a fait dire, à des auteurs distingués, que les deux maladies, l'alcoolisme et la paralysie générale, n'étaient

qu'une seule et même maladie, soit au point de vue des lésions ou des symptômes. Ce n'est pas exact au point de vue scientifique, c'est un fait accidentel qui tient au mélange des deux maladies chez le même individu. Le pronostic de cette maladie, comme je vous l'ai dit, est très-grave puisqu'elle est toujours incurable. On ne peut poser de pronostic moins grave qu'au point de vue des rémissions qui sont possibles dans certains cas. Il ne faut pas affirmer fatalement que le malade mourra dans un temps très-court, comme il y a une trentaine d'années tous les médecins spécialistes, aussitôt qu'ils avaient constaté la paralysie générale, affirmaient que le malade serait mort dans un an, dans un an et demi, et le pronostic se trouvait démenti par l'événement, car les malades peuvent vivre pendant dix ans. Il faut donc ne pas être aussi affirmatif, quant à la durée de la maladie qui est grave, mortelle, incurable, mais qui peut quelquefois présenter des rémissions simulant la guérison, qui permettent le retour du malade dans la famille ou dans la société. Comme je l'ai déjà

té, il y a quelques-uns de ces aliénés qui se sont mariés dans ces rémissions, qui ont accompli des actes civils, des testaments, qui se sont mariés pendant une période de rémission de plusieurs années de leur maladie. Le pronostic ne doit donc pas être aussi grave qu'on le posait il y a trente ans. Néanmoins c'est une maladie qui est incurable et amène la mort dans un temps plus ou moins limité. Cette maladie étant incurable, il est difficile de parler de son traitement; il a été tenté par tous les moyens. A l'époque de Broussais, en 1835, on employait les antiphlogistiques, les saignées, les sangsues, les révulsifs de tout ordre. Successivement, on a tout employé, tout épuisé dans aucun succès et même on abrégeait les malades. Plus on saigne un paralytique, plus on hâte le développement des attaques congestives et convulsives et plus on avance la période de marasme. Aussi est-il d'usage, dans la plupart des asiles d'aliénés, de ne jamais employer la saignée, même dans les cas où la congestion paraît plus intense. Cependant on peut employer les sangsues les ventouses les dérivations avec des révulsifs, surtout dans les cas d'attaques congestives.

on peut les employer chez les malades sanguins, très-fortement constitués, comme il en existe souvent dans cette catégorie de malades. Les moyens les plus fréquemment employés sont les moyens narcotiques ou les moyens comme la digitale, par exemple, qui a été employée souvent avec succès, surtout à l'étranger en Suisse en Allemagne, en Italie. On l'emploie à doses progressives et on obtient quelques résultats favorables. Dans d'autres circonstances l'opium à haute dose mais il tend à augmenter la congestion. Les bains prolongés sont plus nuisibles qu'utiles dans la paralysie générale; ils augmentent généralement la congestion et favorisent les attaques. Les bains prolongés sont utiles dans les agitations maniaques ordinaires; ils sont nuisibles dans les agitations maniaques et la paralysie générale. On a employé d'autres moyens énergiques, les cautères, les moxas les sétons, les vésicatoires sur la tête, la pommade stibiée et même le cautère actuel. Il y a vingt-cinq ans environ mon père a essayé, à la Salpêtrière avec succès le cautère chez les aliénés paralytiques

et il a fait la même expérience chez les hommes à Bicêtre; il est arrivé, dans quelques cas à suspendre momentanément, pendant plusieurs mois la marche de la maladie, mais cela n'a fait qu'enrayer la marche sans l'empêcher d'aboutir à la mort. Il en est de même des autres moyens qui ont été employés: l'iodure de potassium, le bromure de potassium et d'autres moyens employés dans d'autres pays de l'Europe et en Amérique. Jusqu'à présent, on n'a aucun moyen spécial contre la paralysie générale. On se borne à combattre les complications par l'hygiène, au moins certains symptômes. Ainsi, on combat les attaques épileptiques, les congestions, par des moyens révulsifs; on combat même certains symptômes, comme les incontinences d'urines; on a donné de la strychnine pour tâcher de lutter contre ces incontinences d'urines, pour empêcher les malades de laisser aller leurs urines ou leurs matières fécales. Dans quelques cas, on a réussi. Dans certains asiles, on a réussi à diminuer le nombre des gâteux en employant la fleur de strychnine avec précaution. Quoi qu'il en soit, le traitement de cette maladie est

encore aujourd'hui très-imparfait, ce n'est qu'un traitement palliatif et qui ne peut pas s'appliquer à la maladie elle-même. Il y a un fait à observer au point de vue non pas du traitement mais de la curabilité temporaire, c'est que le plus souvent qu'on a observé des guérisons apparentes, c'est à la suite de grandes suppurations, de furoncles très-abondants, de plaies d'abcès, de lésions traumatiques très-profondes. On a vu souvent, et il y a dans la science beaucoup d'observations analogues, des malades qui, au milieu d'agitations maniaques paralytiques, se sont blessés, se sont jetés par des fenêtres, sont tombés dans un fossé, se sont cassés la jambe, la cuisse, ont eu des accidents traumatiques extrêmement graves, ou se sont donnés des contusions, des plaies en luttant contre des objets extérieurs et ces malades là, après une longue suppuration qui n'avait pas été provoquée par le médecin, que le médecin considérait au contraire comme mortelle, les malades arrivaient à une guérison temporaire. Il y a dans la science beaucoup d'observations analogues rapportées par MM Morel, Baillarger, Billod et des auteurs

allemands. On pourrait peut-être mentionner 50 faits parfaitement authentiques de guérisons temporaires survenues à la suite de grandes suppurations. Il y a des malades, par exemple, qui ont des furoncles, des anthrax extrêmement graves dans certaines périodes de la paralysie générale. Ces anthrax arrivant à la suppuration mettent la vie en danger; le malade est dans un état cachectique des plus graves et délire. Puis ces malades abandonnent leurs idées délirantes de grandeur; ils reviennent à une raison relative; ils reconnaissent leur erreur; ils s'étonnent d'avoir pu nourrir de telles conceptions et ils reviennent à un état presque satisfaisant, au bout de trois mois, lorsque l'accident traumatique a eu lieu. Ceci pourrait servir d'indice pour la thérapeutique: il ne faut pas le négliger. C'est à la suite de ces accidents traumatiques qu'on voit survenir la guérison, et ce fait d'observation est assez fréquent.

Je termine ici, Messieurs, le cours que j'ai voulu faire cette année sur les maladies mentales. J'ai à vous remercier beaucoup de votre bienveillante attention et de l'indulgence que vous avez bien voulu me témoigner.

20e Leçon.

27 Janvier 1877.

Messieurs,

J'ai à aborder aujourd'hui la question de la paralysie générale ; c'est une forme de maladie très-importante, qui a été très-étudiée, et qui comporterait de très-grands développements. Pour étudier la paralysie générale sous tous ses aspects, il faudrait plus que trois leçons, il faudrait presque ~~tout~~ un cours tout entier ; je serai donc obligé de me résumer, et d'être très-bref, sur chacune des parties d'étude de cette maladie.

La paralysie générale n'était pas connue avant le commencement de ce siècle. On trouve dans les auteurs anciens, non pas précisément dans les auteurs de l'antiquité, mais dans des auteurs relativement anciens, quelques notions sur la paralysie générale, mais très-incomplètes, et qu'on ne découvre

qu'avec un peu de bonne volonté; il y a dans la thèse de M. Doutrebente, un médecin actuel des asiles d'aliénés de France, qui est, je crois, à Blois, il y a quelques détails très-intéressants sur l'historique de la paralysie générale avant l'époque actuelle. Ces détails consistent en quelques phrases extraites de quelques auteurs, qui indiquent que cette maladie n'était pas absolument inconnue des médecins à cette époque, à l'époque du moyen-âge, et au XVIIe et au XVIIIe siècles; mais ces phrases sont très-incomplètes et ne peuvent être interprétées qu'à l'aide des connaissances que nous possédons aujourd'hui. J'ai moi-même découvert dans Stahl, un auteur très-célèbre, l'auteur de l'animisme, deux observations de paralysie générale parfaitement caractérisées, qui sont citées au milieu d'autres observations d'affections cérébrales. Mais ordinairement on fait dater l'histoire de la paralysie générale de John Haslam, un auteur anglais qui, en 1798, a écrit une page de description, qui s'applique assez exactement à ce que nous appelons aujourd'hui la paralysie générale progressive ou paralysie générale

des aliénés. Cependant il est remarquable que dans Pinel on ne trouve pas une seule phrase applicable à la paralysie générale, telle que nous la comprenons aujourd'hui. On s'est efforcé de découvrir dans Pinel des allusions à cette maladie, et on n'en a trouvé aucune ; on a cru trouver dans Esquirol, dans sa thèse sur les passions, publiée en 1805, une phrase relative à la paralysie générale. M. Baillarger a cité cette phrase d'Esquirol comme le premier document sur la paralysie générale, et j'avoue que j'ai vainement cherché cette phrase dans la thèse d'Esquirol ; il m'a été impossible de l'y découvrir. En 1816, Esquirol faisant un article sur la folie dans le dictionnaire des sciences médicales, n'a touché à la paralysie générale, que tout à fait en passant, et la paralysie, non pas la paralysie générale, la paralysie comme complication de la folie, à côté du scorbut et de la phthisie. Par conséquent, en 1816, Esquirol ne connaissait pas l'existence de la paralysie générale, maladie tout à fait spéciale. C'est à Charenton que cette maladie a été d'abord étudiée. Royer-Collard, médecin de

Charenton, avait trouvé dans les archives de Charenton, dans les registres de Charenton, des observations assez exactes des malades atteints de cette maladie; et c'est dans ces registres que les élèves de Royer-Collard ont puisé d'abord la description, qu'ils ont faite ensuite avec beaucoup de détails. Mais au point de vue des publications, des publications réelles, c'est de 1822 que date réellement l'histoire de cette maladie. En 1822, Mr Bayle, alors interne à Charenton, a fait une thèse sur l'arachnitis chronique. Cette thèse contenait six observations extrêmement détaillées de la maladie appelée aujourd'hui paralysie générale des aliénés, ou autrement dit, méningite chronique ou périencéphalite chronique; il l'appelait à cette époque arachnitis chronique; c'est le mot que Bayle a pris le premier dans sa thèse en 1822 qui est le premier travail sur ce sujet, sur cette maladie. Depuis lors, Bayle lui-même a publié une brochure, un mémoire, en 1825, intitulé: "nouvelle doctrine des maladies mentales," dans lequel il a développé les idées de sa thèse, et deux volumes tout entiers traitant des maladies du

[illegible]; [illegible] : "la [illegible] chronique" n'est pas autre chose que la description magistrale et très complète de la paralysie générale des aliénés, telle que nous la connaissons aujourd'hui. Cet ouvrage de Bayle est un véritable monument, et à côté de l'ouvrage de Calmeil, publié à peu près à la même époque, c'est-à-dire en 1826, et intitulé : "Traité de la paralysie générale incomplète," ces deux ouvrages sont certainement les deux plus complets qui aient été publiés sur cette maladie, et ils sont le véritable point de départ de l'observation et de la description de la paralysie générale ; encore aujourd'hui, malgré les travaux nombreux qui ont été publiés depuis cette époque, et malgré les progrès qui ont été faits sur certains points de son histoire, ces deux ouvrages restent encore de véritables monuments, dans lesquels on peut encore étudier l'histoire de la paralysie générale, parce qu'ils sont parfaitement exacts, et conformes à l'observation ; ils peuvent être incomplets sous certains rapports, mais les cas qui ont été étudiés par ces auteurs sont

rons aujourd'hui d'une rigoureuse vérité, soit au point de vue des observations, soit même au point des conclusions qui ont été tirées par ces auteurs à plusieurs points de vue. C'est donc en 1822 que date l'histoire de la paralysie générale. Vous voyez que cette maladie, qui occupe aujourd'hui une si grande place dans l'histoire de l'aliénation mentale est très-récente du moins a été connue très-récemment et décrite avec détails d'une manière très-récente. M. Delaye, élève d'Esquirol, et qui vit encore aujourd'hui à Toulouse, M. Delaye a publié, en 1824, une thèse sur la paralysie générale incomplète, thèse dans laquelle il a parfaitement décrit cette maladie, conformément aux observations de Bayle et de Calmeil. Les trois travaux datent donc de la même époque; Bayle, Delaye et Calmeil sont à peu près contemporains, et ils ont décrit tous trois cette maladie. Esquirol plus tard s'est approprié les travaux de ses élèves; il les a complétés, développés, et dans l'édition de son livre publié en 1838, Esquirol a publié la description très-intéressante et très-complète de la paralysie générale; seulement, comme je vous

le disais tout à l'heure, Esquirol envisageait la paralysie générale comme complication de la folie, et non pas comme maladie spéciale. Il faut, en effet, avant de faire l'histoire de la paralysie générale, il faut d'abord étudier les différents points de vue des auteurs sur cette maladie. Les points de vue peuvent être réduits à quatre; il y a des auteurs, et ce sont les premiers, ceux qui ont commencé l'histoire de la maladie, qui ont envisagé la paralysie générale comme une simple complication de la folie: c'était l'opinion de Calmeil, c'était l'opinion d'Esquirol. Pour ces auteurs, tous les malades atteints de folie chronique étaient disposés à devenir paralytiques; on admettait que la paralysie générale était, comme la démence, une complication ultime et presque fatale de la folie chronique. C'était l'opinion d'Esquirol, opinion qui s'est perpétuée chez plusieurs de ses successeurs, et cependant Esquirol, dans ses ouvrages, a eu soin de dire que la plupart des paralytiques qu'il observait dans ses hôpitaux, à la Salpêtrière étaient paralytiques déjà au moment de leur entrée dans l'asile; il y a cette phrase caractéristique dans Esquirol qui est contradictoire avec

la doctrine générale. Mais, pour Calmeil et Esquirol, la méningite chronique ou paralysie générale était la complication possible de toutes les formes de folie, et tout aliéné pouvait devenir paralytique et devenir paralytique après 20 ou 30 ans de folie; la paralysie générale était une complication ultime de toutes les formes de folie; des monomaniaques, des maniaques, des déments, des mélancoliques pouvaient devenir paralytiques. Or, ceci est vrai en fait; il est certain qu'il y a des malades qui sont mélancoliques, maniaques, monomaniaques ou déments et qui deviennent paralytiques généraux, mais la vérité est qu'ils le sont déjà; au moment où on les observe; ils sont déjà atteints de cette forme de maladie mentale, seulement cette forme se présente d'abord sous l'aspect, sous la forme extérieure de la manie, de la monomanie, de la démence, comme je vous le dirai plus tard. C'est là la première opinion; la paralysie générale n'est pas une maladie spéciale, elle est une simple complication de toutes les folies chroniques.

La seconde opinion qui est aujourd'hui l'opinion régnante, mais qui a déjà été soutenue par Bayle dès

1822, c'est que la paralysie générale est une maladie spéciale, une maladie sui generis, une maladie du cerveau, une maladie du cerveau avec lésions organiques, une méningite chronique, ou périencéphalite chronique, comme a dit Calmeil, une maladie de la substance corticale du cerveau, et une maladie qui est spéciale dès son début, une maladie qui a ses prodromes, sa marche, sa terminaison, ses lésions anatomiques. Cette opinion a été soutenue par Bayle dès 1822 et 1826, dès les premiers temps, elle a été depuis soutenue par Parchappe qui, dans ses recherches sur la folie a admis ce qu'il a appelé la folie paralytique, c'est-à-dire la folie qui, dès le début, était accompagnée de symptômes paralytiques. Seulement Parchappe, en 1840, a fait une concession à l'opinion régnante en admettant que si l'immense majorité des faits de la paralysie générale démon=traient l'existence d'une maladie spéciale, il y en avait cependant quelques-uns, exceptionnels, qui pouvaient survenir dans les maladies anciennes en admettant qu'il y avait un certain nombre de paralysies générales survenant dans les folies

très anciennes à titre de complication; il en a admis 15 ou 16 dans la totalité des faits qu'il a recueillis dans ses recherches microscopiques. Parchappe a cité 200 observations de paralysie générale, et sur ce nombre il y en a 15 ou 16 qui sont considérées par lui comme consécutives à des folies chroniques. Parchappe admettait donc cette réserve que si la paralysie générale est ordinairement une maladie sui generis, spéciale dès ses débuts, elle est quelquefois cependant une simple complication des folies anciennes. A la suite de ces deux opinions il s'en est produit deux autres qui n'ont commencé à surgir dans la science que vers 1844 et 1845. M. Requin est le premier, je crois, qui ait admis la paralysie générale progressive comme maladie distincte à la fois de la folie et des affections cérébrales spéciales. Il a admis que la paralysie générale progressive était une maladie sui generis, mais complètement étrangère à la folie et à l'aliénation mentale, c'est-à-dire que la paralysie générale pro=
=gressive pourrait exister à titre de paralysie sans complication de démence et de folie. Cette opinion a eu quelques prosélytes, et parmi eux on peut citer

M. Duchenne, de Boulogne, et M. Brière de Boismont
M. Duchenne de Boulogne, et M. Brière de Boismont
ont publié plusieurs travaux en 1846, 1847, 1848, M. Sandras également, pour chercher à démontrer qu'il existe une paralysie générale progressive sans aliénation mentale, c'est-à-dire une maladie ca=ractérisée par les symptômes de la paralysie incomplète et généralisée, mais sans trouble de l'intelligence. M. Duchenne, de Boulogne, a même cherché un criterium électrique pour distinguer les paralysies générales avec aliénation des para=lysies générales sans aliénation. Pour M. Duchenne, de Boulogne, les paralysies générales sans aliénation s'accompagnent de la suppression de la contractilité électrique comme dans les maladies de la moëlle, tandis que dans la paralysie générale des aliénés la contractilité électrique subsiste. A l'aide de ce caractère électrique, il croyait distinguer d'une manière certaine, pathognomonique, les deux espèces de paralysies générales. Aussitôt qu'un malade présentait de la contractilité, il affirmait que ce malade aurait tôt ou tard de la démence ou

de la folie, tandis que dans les cas où elle était supprimée, il croyait pouvoir affirmer que la paralysie générale restait toute la vie sans aliénation. Les études faites depuis cette époque ont permis de distinguer plus clairement tous ces faits, comme je vous le dirai ultérieurement. Mais à cette époque, en 1846, 1847, 1848, on était assez disposé à admettre cette opinion qu'il y avait deux espèces de para=lysie générale, la paralysie générale sans aliénation et la paralysie générale avec aliénation. C'est une opinion qui existe encore aujourd'hui chez un certain nombre de médecins des hôpitaux de Paris. M. Baillarger, en 1846, a cherché un moyen terme; il a cherché à concilier l'opinion des aliénistes avec l'opinion des médecins d'hôpitaux. Il a soutenu, à cette époque, dans plusieurs mémoires et dans plusieurs leçons, que la paralysie générale pouvait exister pendant longtemps sans délire, mais qu'elle arrivait tôt ou tard à la démence; que dans la paralysie générale le délire était un phénomène secondaire et accessoire, qui pouvait manquer ou qui pouvait ne se produire qu'accidentellement, tandis que le phénomène paralytique était un phénomène constant et principal. Voilà la doctrine de M. Baillarger; elle a été depuis

remarqué, en 18[illegible], par M. Lunier, dans un mémoire très intéressant sur la paralysie générale progressive, publié dans les Annales médico-psychologiques. D'après M. Baillarger la paralysie générale doit être étudiée à deux points de vue, au point de vue du médecin d'hôpital et au point de vue de l'aliéniste; au point de vue du médecin d'hôpital le phénomène paralytique domine, c'est-à-dire que les malades sont atteints de tremblements, de phénomènes paralytiques, d'embarras de la parole dès le début de leur maladie, et peut-être très longtemps avant que les symptômes du délire se soient manifestés, et alors même que le délire se produit d'une façon incomplète, sous forme de débilité intellectuelle, sous forme de démence ou bien sous forme de manie congestive, comme je dirai dans la leçon prochaine. Mais cette manie elle-même est sujette à suspension, à rémission, et même à guérison; de sorte que le phénomène délire est accessoire, secondaire et peut disparaître, il survient à quelques moments, tandis que le phénomène paralysie est un phénomène constant et dominant. Vous voyez donc que, quoique la

paralysie générale ait été étudiée depuis peu d'années, car elle ne l'est que depuis ~~22 ans~~ 1822, il y a déjà plusieurs opinions en présence. Les uns admettent que c'est une maladie qui ne survient que dans les asiles d'aliénés et comme complication des folies anciennes; les autres croient, au contraire, que la paralysie générale est une maladie tout à fait spéciale qui, dès son début, est caractérisée à la fois par des phénomènes de paralysie et par des phénomènes de délire; les autres croient, au contraire, qu'il y a deux espèces de paralysie générale, la paralysie générale sans aliénation et la paralysie générale avec aliénation. Les deux maladies ont leur marche distincte; elles existent séparément; elles ont une évolution parfaitement différente; et d'autres prétendent enfin que la paralysie générale existe d'abord et principalement à titre de paralysie et se complique ultérieurement et très-tardivement de démence ou de folie. Ces quatre opinions existent encore aujourd'hui; cependant de toutes les quatre celle qui est dominante de beaucoup, c'est l'opinion de la paralysie générale, maladie spéciale. Aujourd'hui on admet qu'il existe une maladie, maladie du cerveau, qui est la méningite ou périencéphalite

chronique, maladie qui est caractérisée par des lésions anatomiques spéciales, par une marche déterminée, par des symptômes physiques, intellectuels et moraux; que cette maladie a des caractères si nombreux, si spéciaux et pathognomoniques qu'il n'est pas possible d'en contester l'existence, et que si on ne voit pas son existence, c'est qu'on confond des maladies différentes. Cela tient à des confusions dans le diagnostic et non pas à la nature de la maladie. Or, c'est cette opinion que je vais chercher à développer dans les leçons que je vais faire sur la paralysie générale. Je crois, en effet, que la cause d'erreur résulte de ce fait que la paralysie générale est bien est une maladie spéciale, mais qu'on a confondue avec d'autres maladies voisines, d'autres maladies limitrophes qui s'en rapprochent par certains caractères, mais qui en diffèrent par l'ensemble de leurs manifestations.

La paralysie générale est une maladie sui generis; elle est une maladie spéciale par ses caractères anatomiques, par ses caractères physiques, intellectuels et moraux et par sa marche spéciale. Seulement il y a d'autres maladies voisines qu'on est porté à

confondre avec elle et qui établissent la difficulté du diagnostic. Mais de ce qu'un diagnostic est difficile dans la pratique, il ne s'en suit pas que théoriquement et dans la science la maladie n'existe pas. La paralysie générale est certainement une maladie distincte et spéciale; ce qui a fait la confusion, c'est que cette maladie a été étudiée en quelque sorte à rebours; on a commencé l'étude de la paralysie générale par l'autopsie. C'est à Charenton que l'on s'est aperçu en ouvrant le crâne d'un grand nombre d'aliénés, qu'il y avait certains aliénés dont les lésions cérébrales étaient très-manifestes; on a constaté alors que chez ces malades il y avait des opacités considérables des méninges, des épanchements de sérosités dans les espaces sous-arachnoïdiens; une espèce de couche gélatiniforme à la surface du cerveau; que quand on arrachait les méninges on entraînait avec elles des parcelles de la substance cérébrale et corticale; que la substance corticale était ramollie, qu'elle avait quelquefois disparu entièrement; que la substance blanche au contraire était indurée, plus dure qu'à l'état normal. A la suite de ces constatations, qu'on a pu depuis appliquer aux aliénés en général, on a remarqué que ces aliénés qui présentaient

malades des asiles à l'autopsie, avaient présenté dans les dernières années de leur existence des phé=nomènes paralytiques, qu'ils étaient gâteux, qu'ils avaient de l'incontinence des urines, des matières fécales, et qu'ils avaient de la paralysie des membres inférieurs, que ces malades chez lesquels on constatait cela dans les faits, présentaient, dans les six derniers mois de leur vie, de la paralysie des membres inférieurs. Or, on a relié les faits observés pendant la vie avec les faits constatés à l'autopsie et on dit : nous avons là une maladie cérébrale qui est venue compliquer les maladies anciennes. Puis, peu à peu, on s'est aperçu que ces malades, en entrant à l'hôpital, présentaient déjà un embarras de parole manifeste. On a dit alors que cette maladie pouvait être diagnostiquée deux ou trois ans avant la mort du malade ; donc la para=lysie générale est une maladie spéciale caractérisée dès le début par l'embarras de la parole. Mais en remontant ainsi à reculons, on n'est guère arrivé qu'à deux ou trois ans ; et ce qu'il y a de très-remarquable, c'est que les médecins qui ont le plus étudié cette maladie, comme Calmeil, n'ont pas pu abandonner jusqu'à

présent cette opinion ancienne, que la paralysie générale dure un an, deux ans au plus, parce qu'ils en sont encore à leurs premières études; ils en sont encore au début de leurs observations, ils n'ont pas remonté assez haut dans l'histoire de la maladie. Aujourd'hui, au contraire, nous marchons toujours à reculons, et nous constatons que ces mêmes malades qui vivent deux ou trois ans dans les asiles d'aliénés, quelquefois plus longtemps, ont présenté antérieurement une période prodromique souvent très-longue, et qui remonte à plusieurs années, et c'est ainsi que nous arrivons peu à peu à allonger progressivement la durée de la maladie; et tandis que nos prédécesseurs déclaraient qu'un malade atteint de paralysie générale ne pouvait pas vivre au-delà de deux ou trois ans, nous sommes arrivés à constater ce fait qu'il y a des paralytiques qui vivent 6, 8, 10 ans, et même davantage, parce que nous faisons dater la paralysie générale de plus loin, nous remontons dans le passé des malades. Ce qui importe donc, pour bien étudier la paralysie générale, c'est de commencer par étudier les prodromes, les périodes prodromiques; ces états qui

se passent presque en entier dans les familles ou dans le monde, et qui ne sont pas observés dans les asiles d'aliénés. C'est par là que je vais commencer cette étude.

La première question qui se présente est de savoir s'il existe une prédisposition à la paralysie générale. Mr. Baillarger, qui a beaucoup étudié cette maladie, pense qu'elle est presque toujours accidentelle; il a rattaché la paralysie générale à des congestions cérébrales, ou à des causes qui sont de nature à les provoquer; il a admis que les professions dans lesquelles on était exposé à l'action du feu, ou à d'autres circonstances qui favorisent la congestion cérébrale, comme les professions de cuisinier, de chauffeur, prédisposaient à cette maladie. Il a constaté que dans d'autres cas, il y avait eu suppression d'hémorroïdes, suppression des règles ou d'autres circonstances qui déterminent la congestion cérébrale; il a fait cette remarque, du reste très juste, que beaucoup d'ascendants des paralytiques avaient présenté des maladies congestives du cerveau. Il est remarquable, en effet, que les parents de

paralytiques aliénés sont souvent morts de ramol=
=lissement du cerveau, d'apoplexie ou d'autres formes
de maladies congestives cérébrales. Mettant en regard
tous ces faits qui sont exacts, MM. Baillarger et
Lunier sont arrivés à cette conclusion que la paralysie
générale devait plutôt se rattacher aux maladies cérébrales
congestives qu'aux folies proprement dites, qu'à ce
qu'on a appelé les vésanies; que par conséquent la
paralysie générale était la moins héréditaire de
toutes les folies, et que même il existait des cas de
prédisposition à la paralysie générale. Ce fait là
peut être vrai dans un grand nombre de cas, mais il
n'est pas absolu. Il y a des malades qui sont pré=
=disposés à la paralysie générale héréditairement et
dont les parents ont été aliénés ou atteints de diverses
formes de névroses; il y a ce qu'on a appelé des para=
=lysies générales héréditaires et des paralysies générales
accidentelles. Ces deux formes existent et je crois qu'une
étude plus attentive, plus sérieuse, pourra permettre
de distinguer à l'observation directe même les paralysies
générales héréditaires de celles qui ne le sont pas. M.
Morel, de Rouen, dont j'ai souvent parlé, a signalé

un fait qui est mentionné dans la thèse de M.r d'Aubrilant, à savoir qu'on pourrait faire l'histoire spéciale des paralysies générales d'origine héréditaire, et les distinguer des autres paralysies générales. Quoi qu'il en soit, il y a certains individus qui sont dans le monde, qui sont dans des professions diverses, et qui présentent une prédisposition évidente à la paralysie générale; ce sont des individus très actifs, d'une activité fébrile, d'une activité incessante, qui sont généralement doux et bienveillants, d'un caractère optimiste, voyant tout en beau, ayant même déjà dans le caractère, la prédisposition à l'état habituel des paralytiques. Ces malades ont une activité exubérante pendant cette période d'activité, qui est tout à fait raisonnable, qui n'est pas encore de la folie, tant s'en faut; ces malades réussissent dans le commerce, et font fortune, pendant cette période antérieure, d'activité simple, sans délire; mais à côté de cette activité féconde et utile, il y a une activité désordonnée; ces malades sont colères, irritables, et ils accomplissent quelquefois certains actes tout à fait étranges.

Quand on remonte dans le passé des paralytiques aliénés, on découvre, que quelquefois dix ou douze ans avant la maladie, des actes qui ont étonné leur entourage, qui étaient extrêmement étranges, ou qui étaient en dehors tout à fait de l'état normal; il y a eu des accès de violence, des soufflets donnés, des susceptibilités excessives, des violences d'action, ou des actes tellement étranges qu'ils n'avaient aucun motif, qu'ils ont étonné tout le monde; seulement on n'y a pas fait attention, et on n'y a pas vu la preuve de l'aliénation mentale future; mais quand on revient sur le passé, quand on fait des observations rétrospectives, on retrouve presque toujours des faits de ce genre là dans les antécédents des paralytiques aliénés. Plus tard, quand cette activité devient plus désordonnée, on observe des faits qui peuvent servir à caractériser cette période prodromique de la paralysie générale. M. Brierre de Boismont a fait un travail très intéressant sur cette période prodromique; d'autres auteurs y ont insisté, et elle est bien connue aujourd'hui. Les malades pas encore aliénés, qui ne le sont quelquefois que quelques années après, ont dans cette période prodromique des

actes quelquefois étranges qui les rendent justiciables des tribunaux. Il y a des malades de cette espèce qui font des faux, qui font des actes tout à fait fâcheux à tous les points de vue, et des actes désordonnés, bizarres, et qu'on ne sait comment expliquer. Quelques-uns même sont traduits devant les tribunaux, et ils sont condamnés, parce que l'état de folie ne peut pas encore être démontrée. Il y a là une période prodromique qui est extrêmement dangereuse au point de vue des actes que l'on peut accomplir bien avant que la maladie soit encore caractérisée. A cette époque ces malades sont irritables, violents, colères, disposés à s'émouvoir facilement, à verser des larmes, ils passent d'un extrême à l'autre, ils ont des altérations de caractère, des susceptibilités, des bizarreries qui attirent l'attention, mais seulement d'une façon passagère, et qui ne sont pas considérés comme des preuves de folie. Cet état dure souvent très-long temps, et ces malades, pendant cette période, peuvent se livrer à une activité désordonnée, à une activité très-grande, à une activité fébrile, sans être considérés comme atteints d'aliénation mentale. C'est là la

forme la plus habituelle de début de la paralysie générale comme nous l'observons dans les asiles d'aliénés; c'est la forme la plus connue, mais ce n'est pas toujours la plus fréquente; c'est le début de la variété expansive sur laquelle j'aurai à revenir tout à l'heure. Mais indépendamment de cette variété expansive il y en a trois autres qui méritent d'attirer notre attention. La paralysie générale ne débute pas du tout de la même manière chez les différents malades; et c'est à cause de cette diversité de début que l'on a cru à des diversités de nature; on a cru à des maladies différentes, tandis qu'il n'y avait que des diversités dans le début, dans la forme primitive de la maladie. Il y a donc quatre variétés de début pour la paralysie générale, deux variétés où dominent les phénomènes intellectuels et moraux; et deux variétés où dominent au contraire les phénomènes physiques. Je commencerai par ces dernières. Les deux variétés où dominent les phénomènes physiques se rapprochent, l'une des maladies de la moëlle, des maladies accompagnées de tremblements, et l'autre au contraire des ramollissements du cerveau, ou des maladies organiques du cerveau. La première variété, je l'appellerai

variété paralytique ; ce sont les malades que l'on observe dans les hôpitaux ordinaires ; ce sont les malades qui voient les médecins ; les médecins ne connaissent guère que cette variété de paralysie générale ; ce sont des malades dont l'intelligence n'est pas du tout troublée, ou est très-peu troublée ; à cette époque ils se présentent d'eux-mêmes au médecin ; ils viennent à l'hôpital comme malades ; ils constatent qu'ils ont un peu de faiblesse des membres supérieurs et des membres inférieurs, un peu de tremblement ; ils ont eux-mêmes conscience de l'embarras qui existe dans la parole. Cette conscience est même exagérée ; ils sont un peu hypochondriaques, ils s'en préoccupent et avec juste raison, parceque cet état d'affaiblissement de leur système musculaire les empêche souvent de remplir les obligations de leur profession, surtout si cette profession exige beaucoup de précision dans les mouvements des doigts, ou dans les mouvements des pieds, ou des diverses parties du corps ; ceux qui sont horlogers, mécaniciens ou qui ont d'autres professions de cette espèce ; ceux qui jouent du violon, qui touchent du

piano, s'aperçoivent plus tôt que d'autres de cette altération légère qui existe dans le système musculaire. C'est donc par le trouble musculaire que débute la maladie; par des troubles de la motilité. Les malades ont d'abord presque tous un embarras marqué de la parole; c'est le premier symptôme, du moins le plus saillant; ils ont en même temps un peu de tremblement des doigts et des mains; ils n'ont pas de précision dans les mouvements des doigts; quand ils saisissent les objets, ils les laissent facilement échapper, ils laissent tomber les objets qu'ils prennent à la main; ils ont la même imprécision dans les mouvements des pieds et des jambes; ils tombent en marchant; le moindre obstacle suffit à les faire tomber, à leur faire faire des faux pas; ils montent difficilement les escaliers; ils ont de la gêne dans l'exécution de tous les mouvements ordinaires de la vie; ils sont également embarrassés pour s'habiller, pour se boutonner ou se déboutonner; en même temps ils ont quelques maux de tête, quelques vertiges, quelques symptômes du côté du cerveau, un peu de strabisme, quelques mouvements involontaires, spasmodiques des muscles de la face; et en même temps

[illegible] d'abord, aux [illegible] un peu d'incontinence des urines; il y a des phénomènes paralytiques qui peuvent être observés facilement et constatés, alors même qu'il n'y a aucun trouble intellectuel apparent; ce sont des malades qui se rapprochent sous ce rapport de ceux qui sont atteints d'atrophie musculaire progressive, ou de paralysies spinales diverses. M. Duchenne, de Boulogne, qui a étudié assez bien ces différentes formes de maladies, et d'autres auteurs ont noté des faits analogues dans plusieurs maladies cérébrales et médullaires; et c'est ce qui les a portés à confondre cet état avec les paralysies spinales, avec les paralysies périphériques, avec l'atrophie musculaire progressive etc. Les maladies qui ont été décrites dans ces dernières années, se rapprochent beaucoup de la paralysie générale progressive des aliénés; mais ce n'est pas la même maladie et ce qui le prouve, c'est l'évolution de la maladie elle-même. Les malades quand ils se présentent dans les hôpitaux, sont traités par divers moyens; ils sont soumis à l'action électrique; ils sont soumis à divers

médicaments internes; ils sont traités comme s'ils étaient atteints de tremblements ou des maladies médullaires diverses. Cet état est très lent dans son développement; la paralysie est progressive en intensité et non pas en étendue. Au lieu de marcher de bas en haut comme dans les paralysies médullaires, elle est généralisée dès le début, mais généralisée d'une façon incomplète; c'est le caractère dominant de cette maladie; elle est très peu intense dans toutes les parties où elle s'est répandue, elle ne monte pas de bas en haut comme dans les maladies médullaires, dans les paralysies ascendantes. Cet état de maladie peut durer deux ou trois ans, même davantage, avec augmentation progressive; mais sans augmentation très sensible. Pendant ces trois années, les malades changent de service dans les hôpitaux de Paris, on les suit et on les observe ainsi successivement dans les hôpitaux, et toujours avec les mêmes manifestations, avec les mêmes symptômes, un peu plus intenses; mais sans constater ni démence ni trouble intellectuel. On en conclut que ces malades sont atteints de paralysie générale progressive sans aliénation. Cette conclusion paraît en effet très-rationnelle;

car il faut souvent plusieurs années avant de commencer à constater quelques phénomènes du côté de l'intelligence; même pour constater ces phénomènes il faut vivre en quelque sorte avec les malades. Or, ceux qui vivent avec ces malades, comme leur femme, leurs enfants, peuvent parfaitement constater que l'intelligence a déjà baissé de niveau; ils ne sont plus ce qu'ils étaient autrefois; ils n'ont plus les ressources intellectuelles, ils n'ont plus la force de volonté, ils n'ont plus le même caractère qu'ils avaient autrefois; ils ont baissé sous tous les rapports. Au point de vue de la volonté on peut les diriger comme des enfants, ils sont affaiblis; ils n'ont plus de volonté; ils sont très-émotifs, ils pleurent facilement, ils s'émeuvent, ils ont une hypochondrie très-évidente; ils ont une conscience exagérée de leur mal. Cette hypochondrie est justifiée par leur état maladif mais ils exagèrent. Ils vont trouver des médecins ils vont chercher des médicaments, et ils veulent changer constamment; ils se lamentent sur leur situation d'une manière permanente; et en même

temps, ils ont de la débilité dans la mémoire; ils ont des absences, ils ne sont plus capables de ce qu'ils faisaient autrefois; et dans chacun des actes de leur existence on peut constater cette débilité commençante. Les aliénistes surtout qui ont l'habitude de ces obser:vations s'aperçoivent très-bien des lacunes qui existent dans cette intelligence en apparence saine. C'est donc une erreur de croire que même dans ce cas là, il n'y a pas un peu de débilité intellectuelle; presque toujours il y a un commencement de démence même, chez ces malades qui paraissent exempts d'aliénation mentale; mais ce qu'il est important de constater c'est que cet état peut durer très-longtemps, deux, trois ou quatre ans, avant que se manifestent les autres symp:tômes de folie, mais, chose remarquable, plusieurs de ces malades qui ont présenté pendant 3 ou 4 ans des symptômes de paralysie générale sans aliénation, arrivent très-rapidement à la folie. A un moment donné, ils sont pris de délire avec des idées de grandeur, et avec des phénomènes quelquefois tout à fait ma:niaques. On est obligé de les conduire dans les asiles d'aliénés, et là ils revêtent complètement les caractères

maladies de la paralysie générale, tels que nous sommes habitués à la constater, et, chose remarquable encore, c'est que ces malades qui ont débuté par la forme paralytique, qui ont été très-long temps paralytiques simples, sans aliénation, marchent très-vite vers la mort, quand une fois la folie se déclare; et il est d'observation que dans cette variété de paralysie générale, la maladie semble vouloir rattraper rapidement le temps qu'elle a perdu; et ces malades ne vivent guère que quatre ou cinq ans, en somme, alors même qu'ils sont restés trois ans sans présenter de symptômes importants de folie; quand la folie se déclare, la maladie marche très-rapidement vers la démence et vers la mort. Il semblerait que la maladie rattrape le temps qu'elle a perdu. Parmi ces malades appartenant à la variété paralytique, il y a une sous-variété qu'il importe beaucoup de signaler. c'est la variété qu'on peut appeler la médullaire. Westphal de Berlin, et M. Magnan, de Paris, médecin à Ste Anne, ont insisté beaucoup sur cette variété. Il y a des paralytiques qui, plus

tard, deviennent semblables aux paralytiques généraux, et qui commencent dans une forme médullaire; ils commencent par éprouver des douleurs dans les pieds, quelquefois dans un orteil, des fourmillements, des engourdissements, des symptômes qui se rapprochent absolument des maladies de la moëlle. Ils consultent tous les médecins qui les déclarent atteints d'une maladie médullaire commençante, et cependant ces malades, dans le début, ou à une période peu avancée, présentent déjà de l'embarras de la parole, ce qui permet de les distinguer de malades atteints d'affections médullaires simples. Pendant longtemps ces malades ont toutes les apparences d'individus atteints d'affections de la moëlle. La maladie monte, la paralysie monte des jambes vers le tronc, du tronc vers les membres supérieurs, elle s'élève, et l'intelligence n'est pas atteinte. C'est en cela que cette maladie diffère des autres maladies. Dans ce cas, elle débute par la moëlle, et les Docteurs Westphal et Magnan ont démontré par l'autopsie que la lésion anatomique est en rapport avec ces phénomènes cliniques. Dans ces cas, la lésion médullaire précède la lésion cérébrale; il y a une extension de

la cellule médullaire qui monte vers le cerveau, tandis que dans la plupart des autres cas, la maladie débute par le cerveau, et se propage ultérieurement vers la moëlle. M. Magnan a parfaitement étudié et établi, et démontré cette double évolution pathologique des symptômes et des lésions. C'est un fait nouvellement acquis à la science. Il est certain qu'il y a un certain nombre de malades chez lesquels la paralysie générale débute sous forme paralytique, et elle débute sous forme médullaire. Il est très important pour l'observation vraie et clinique de signaler ces faits exceptionnels, mais qui sont réels, et qui appartiennent à la variété paralytique au début.

Après cette variété paralytique, il faut signaler la variété congestive; il y a des malades qui commencent par des symptômes tout à fait analogues à celui des ramollissements de cerveau. Les malades éprouvent de petites congestions cérébrales, éloignées, à divers intervalles, congestions très peu intenses, qui attirent à peine l'attention;

ce sont en quelque sorte des vertiges, ou des éblouissements. A la suite de ces congestions qui sont passagères, le malade revient à peu près à lui-même. Il paraît revenir à son état normal, on ne fait pas attention à ces symptômes cérébraux, légers, et le médecin y attache peu d'importance. Mais cependant il y a une remarque qu'il importe beaucoup de faire; c'est qu'après plusieurs de ces congestions, le malade ordinairement baisse intellectuellement, tandis que les congestions cérébrales ordinaires peuvent laisser peu de traces dans l'intelligence; quand elles ne sont pas très-fréquentes, les congestions appartenant au début de la paralysie générale, sont presque toujours accompagnées, au bout de peu de temps, de débilité intellectuelle évidente. Les malades, après plusieurs congestions de cette espèce, descendent de niveau: ils ne sont plus les mêmes ils ne sont plus capables de faire ce qu'ils faisaient autrefois ils ont des oublis dans la mémoire, ils ont des lacunes dans l'esprit. Si, par exemple, ils veulent jouer aux cartes, ils ont des absences; ils ont des absences également en écrivant, ils sautent des mots, ils sautent des lettres ils sont très-inférieurs à eux-mêmes; sous ce rapport, ils se rapprochent des malades atteints dans

le début de ramollissement de ce genre. De plus, il survient ordinairement dès le début chez ces malades de l'embarras de la parole. L'embarras de la parole est toujours le signe le plus important et le plus caractéristique de la paralysie générale des aliénés. Les malades ont quelquefois des attaques qui, au lieu d'être simplement congestives, sont de véritables attaques épileptiformes. Il y a des malades qui pendant plusieurs mois ou plusieurs années ressemblent à des épileptiques; on les prend pour des épileptiques. Il y a un certain nombre de malades qui ont été considérés comme épileptiques, et qui n'étaient autre chose que des paralytiques au début; c'est un fait important à signaler. La variété congestive débute donc par des congestions simples, mais souvent par des congestions épileptiformes. Les malades quelquefois restent assez longtemps dans ces périodes prodromiques; ils ont des intervalles de deux, trois mois, pendant lesquels ils reprennent leurs occupations, quoique l'intelligence ait baissé de niveau et surtout la mémoire. En même temps, on observe chez eux quelques-uns des symptômes des ramollissements

du cerveau; on observe rarement de l'hémiplégie, ce qui est le caractère distinctif, mais on peut observer quelques troubles des sens, et c'est dans ces cas qu'on a constaté le strabisme, de l'amaurose, de la paralysie du nerf moteur oculaire commun, symptômes qui sont très rares dans d'autres paralysies. Dans la paralysie avec aliénation, comme dans la forme épileptique, il n'y a pas de trouble des sens, pas de trouble de la vue, ni de l'oreille, ni de trouble des sens; mais dans la variété congestive, on observe quelquefois ces paralysies partielles des nerfs crâniens. M. Billod a fait un travail dans lequel il a cité des exemples d'amaurose ou de strabisme ayant précédé la paralysie générale. Ces exemples s'appliquent à cette paralysie congestive. Il en est de même d'autres observations présentées par M. Magnan qui a insisté sur le début de la paralysie générale par les nerfs crâniens, le nerf optique et le nerf acoustique. M. Auguste Voisin a insisté également sur le début de la paralysie générale par le nerf olfactif. Mais ces faits exceptionnels ne s'appliquent qu'à la variété congestive dont je vous parle en ce moment. C'est quand la paralysie générale débute comme

un ramollissement du cerveau, c'est dans ces variétés là qu'on peut observer les troubles des nerfs sensoriaux; et dans les autres cas de paralysie, cette maladie se caractérise par l'absence de ces troubles sensoriaux. C'est à cause de ces diversités que l'histoire de la para-lysie générale est encore encombrée de beaucoup de contradictions et d'obscurité, parce qu'on n'a pas tenu compte assez de la diversité des débuts. La maladie, une fois caractérisée complètement, présente des caractères communs; mais dans ses prodromes, dans ses premières périodes, elle offre beaucoup de diversités, et c'est pour cela qu'il importe beaucoup de commencer l'étude de la paralysie générale par l'étude des variétés de débuts.

Après cette variété congestive vient la variété mélancolique qui n'était pas connue autrefois. On trouve cependant dans Bayle et dans Calmeil quelques exemples de paralysie générale ayant débuté par un état mélancolique; mais ces exemples sont peu nombreux. A cette époque on croyait que le délire ambitieux, que le délire d'orgueil était exclusif de la paralysie générale. Aujourd'hui, on sait qu'il

y a un certain nombre de cas dans lesquels la mélan=
=colie précède. C'est un état mélancolique qui peut
durer assez longtemps; il y a des malades qui offrent
toutes les apparences de la mélancolie, et surtout de la
mélancolie avec stupeur. Ces malades, avant d'arriver
à la période ordinaire de la paralysie générale, ont
éprouvé une période prodromique de nature triste. M.
Baillarger a surtout insisté sur ce fait, et il a noté la
mélancolie prodromique de la paralysie générale,
indépendamment de la paralysie générale à forme
dépressive, sur laquelle nous reviendrons ultérieurement.
Lorsqu'on étudie avec soin les antécédents des paralytiques
aliénés, on constate souvent l'existence d'un stade
mélancolique, même chez les malades qui se présentent
sous la forme maniaque, ou sous la forme de délire de
grandeur. Ces malades ont eu antérieurement un stade
mélancolique. Dans cette période mélancolique, le
diagnostic est extrêmement difficile; il y a quelquefois
un peu d'embarras de la parole, ce qui peut servir
de guide; mais sous d'autres rapports ces malades se
rapprochent absolument des autres mélancoliques
qu'on voit dans les asiles. Ils sont ordinairement

dans une période de demi-stupeur ; ils éprouvent le sentiment de la fatigue, ils sont affaiblis, accablés, ils ont le besoin de rester au lit, ils se sentent très-faibles ; ils ont le sentiment d'une mort prochaine ; quelquefois même ils se croient morts ; ils ont alors les mêmes idées qu'ils éprouvent plus tard dans les périodes mélancoliques ultérieures. On peut constater alors ces idées que M. Baillarger a notées comme spéciales et propres à la paralysie générale. Le malade se croit bouché ; il croit n'avoir plus d'estomac, plus de bouche, avoir la tête et les bras de plomb, avoir un corps transformé, avoir une mâchoire de cheval. Il y a chez les paralytiques généraux à l'état mélancolique un certain nombre de conceptions délirantes qui sont propres à cet état, et qui permettent souvent le diagnostic dans les cas difficiles. Les malades sont ordinairement pendant cette période dans un état de demi-stupeur, quelquefois même de stupeur complète. Il y a des malades qu'on vous amène dans cette période et on ne peut pas facilement affirmer qu'ils sont atteints de paralysie générale ;

n peut le soupçonner; mais on ne peut pas en être certain; mais ils sont dans l'inertie, dans la prostration, dans la stupeur. Cette stupeur est-elle la stupeur mélancolique ordinaire, ou est-elle la stupeur prodromique de la paralysie générale? Jusqu'à présent nous n'avons pas de signe pathognomonique certain, mais il importe de savoir que ce fait existe, et ainsi l'existence de ce stade mélancolique pendant trois semaines, un mois, deux mois et souvent un an, le malade sort peu à peu ou tout à coup de cette période de stupeur pour revenir à l'état normal. Il y a ordinairement après cette période mélancolique, un stade de retour à la raison, à l'état normal, avant que se produise de nouveau la période d'excitation et la période d'expansion qui précède la paralysie générale ordinaire avec délire de grandeur. Presque toujours la période mélancolique est prodromique de la période chronique ou délire monomaniaque, du délire avec idées de grandeur.

Vous voyez donc, la paralysie générale présente quatre formes de débuts: la variété paralytique, la variété congestive, la variété mélancolique et la

variété expansive. Or, la variété expansive ou excitée est la seule qui fut connue de nos devanciers, qui fut connue du temps d'Esquirol, à l'époque où il a décrit d'abord la paralysie générale, et depuis lors on est arrivé à découvrir ces trois autres formes de variétés de début. Mais ceci n'empêche pas la paralysie générale d'exister comme maladie distincte, car malgré ces variétés de début, la maladie prend plus tard un cours uniforme; ce sont comme des affluents, des ruisseaux, des rivières qui aboutissent en définitive au même fleuve, et qui une fois arrivés à cette période de jonction, suivent ensuite une marche uniforme jusqu'à ~~l'immensité~~ l'incurabilité et jusqu'à la mort... Il y a là une variété de début très importante à connaître, et qui n'empêche pas l'unité de la maladie; malgré ces variétés très grandes et très frappantes qui existent au début de la maladie, cette affection a des caractères communs: une fois que ces variétés sont venues, elles se confondent dans un état uniforme ou à peu près uniforme. C'est dans cet état que les malades arrivent dans les asiles d'aliénés. Lorsqu'on les

observe au moment de leur entrée, ils ont presque tous des caractères identiques; mais on oublie qu'ils ont antérieurement passé par des phases différentes. Or, ces phases n'étaient pas connues de nos devanciers et aujourd'hui, elles commencent à être mieux connues dans la science.

Dans la prochaine séance je commencerai l'étude de la paralysie générale au moment où le paralytique arrive dans les asiles d'aliénés.

(Applaudissements.)

21e Leçon.

30 Janvier 1877.

Messieurs,

J'ai à continuer aujourd'hui l'étude de la paralysie générale progressive. Dans la dernière séance, je me suis occupé surtout des premières périodes de cette maladie; j'ai cherché à vous montrer qu'elle présentait de grandes diversités dans son début, que ces périodes prodromiques qui avaient été peu étudiées autrefois, méritaient au contraire de fixer l'attention des praticiens, au point de vue des diversités qu'elles présentent. La maladie se présente, en effet, sous quatre formes principales dès son début, et des formes tellement différentes, que l'on peut croire à première vue, avoir affaire à des maladies tout à fait distinctes. Deux de ces variétés sont surtout remarquables par la prédominance des phénomènes

physiques, des phénomènes paralytiques; c'est la variété paralytique plus spécialement appelée paralysie progressive sans délire et la variété congestive, dans laquelle les phénomènes physiques, les phénomènes de paralysie sont extrêmement prononcés, tandis que les phénomènes de démence sont très peu intenses, et très difficiles à saisir. Les deux autres variétés, au contraire, celles où dominent les symptômes intellectuels ou moraux, soit sous forme mélancolique, soit sous forme expansive, ce sont les variétés mélancoliques et expansives, deux variétés, qui ont été surtout étudiées par les aliénistes, qui sont moins connues des médecins des hôpitaux.
C'est ce qui explique pourquoi la description de la paralysie générale progressive est très différente selon qu'elle est faite par des médecins des hôpitaux ordinaires, ou par des médecins aliénistes; ils n'ont pas en vue les mêmes malades, et c'est ce qui a conduit à cette discussion qui existe depuis une trentaine d'années, savoir s'il existe réellement deux espèces de paralysies générales ou une seule; s'il y aurait deux maladies dont l'une devrait être appelée paralysie

progressive sans délire, et d'autre paralysie générale des aliénés. La question peut être résolue en fait, d'abord, par un diagnostic différentiel plus exact avec d'autres maladies voisines, et ensuite par ce grand fait qu'il y a deux variétés de débuts; il y a des malades qui débutent pendant longtemps avec les caractères de la paralysie progressive sans délire, et qui aboutissent tôt ou tard à la démence; et d'autres, au contraire, chez lesquels les symptômes intellectuels et moraux sont prédominants dans le début, où les symptômes paralytiques sont très peu sensibles: ce sont les formes qui ont été surtout étudiées par les médecins d'aliénés. On peut ainsi par une étude plus complète, mettre d'accord les deux ordres d'observations faites par les deux catégories de médecins; ce qui a manqué jusqu'à ce jour, c'est le trait d'union entre la médecine ordinaire et la médecine mentale. Une fois arrivée à la période d'état, la paralysie générale présente beaucoup plus de symptômes communs. C'est le moment où les malades entrent ordinairement dans les asiles d'aliénés. Cependant, il est bon de dire que

cette maladie ayant des caractères assez différents jusqu'à la fin, jusqu'à la mort des malades, et qu'on pourra étudier plus tard des variétés de la paralysie générale, aussi bien dans ses périodes ultérieures que dans les premières périodes. Une science plus avancée permettra de suivre les variétés de début jusqu'aux périodes ultérieures et même jusqu'à la mort. Mais pour le moment actuel, nous devons surtout insister sur les caractères communs, tout en tenant compte, chemin faisant, des différences essentielles qui existent entre les divers paralytiques. Pour étudier ces caractères communs, une fois que les malades sont entrés dans les asiles d'aliénés, il faut d'abord appesantir son attention sur l'étude des symptômes psychiques, c'est-à-dire des symptômes intellectuels et moraux et s'occuper ensuite des symptômes physiques.

Le caractère dominant de l'altération psychique dans toutes les paralysies générales, c'est la démence, c'est-à-dire, l'affaiblissement intellectuel. Tous les paralytiques que l'on voit dans les asiles d'aliénés ont un fond de débilité intellectuelle; ceux même qui ont les apparences de la monomanie et de la manie

qui paraissent les plus excités, et qui même, dans certains cas, semblent avoir une grande fécondité d'idées, une grande activité intellectuelle, ont un fond de débilité incontestable, de sorte que, même dans les premières périodes, alors même que les malades ont les apparences d'un délire monomaniaque, d'un délire restreint à quelques idées de grandeur, par exemple, le fond du délire, le fond de débilité intellectuelle, est très-saillant pour un observateur un peu attentif.

Mais il ne suffit pas d'indiquer ce fait sous une forme tout à fait générale; il n'est pas toujours facile de constater l'affaiblissement intellectuel chez les paralytiques à la première période; il faut entrer à cet égard dans quelques détails pour bien caractériser cet état de débilité, quelle que soit la forme sous laquelle se présente le paralytique, que ce soit la forme mélancolique, la forme monomaniaque ou la forme maniaque; il y a des caractères communs qui indiquent la faiblesse intellectuelle commençante. Or, ces caractères sont d'abord d'un ordre général, d'un ordre d'ensemble et s'appliquent

ensuite aux conceptions délirantes elles-mêmes. Dans la forme générale, la faiblesse intellectuelle est assez facile à saisir. Les malades qui paraissent même les plus intelligents, qui ont une très-grande activité apparente d'intelligence, qui parlent beaucoup, qui ont un grand nombre de conceptions délirantes se succédant avec rapidité, ces malades se montrent très-faibles sous certains rapports, souvent même ils ne savent pas la date du mois, de l'année où ils se trouvent, le jour, le mois; ils ont oublié certains mots, certains noms, certains noms propres; il y a une faiblesse de mémoire qui existe dès le début même dans les formes les plus actives de la paralysie générale, et M. Falret recommandait avec raison à ses élèves d'interroger toujours un paralytique sur ces questions très-simples: Quel est votre âge? Quel est votre nom? Quel est le mois de l'année. Quel est le jour du mois? Souvent, ces paralytiques qui paraissent très-intelligents, qui ont toutes les apparences de monomaniaques, ne peuvent pas répondre à ces questions extrêmement simples. Il en est tout autrement de la plupart des autres aliénés. C'est une erreur des magistrats préci=
=sément

un particulier de croire qu'on a ici à la tête très-affaiblie, et ne sait pas le jour du mois ou le mois et l'année. Dans la plupart des aliénés, ces questions très simples seraient tout à fait déplacées; pour les paralytiques, au contraire, il arrive fréquemment qu'ils ignorent la situation où ils sont, le lieu où ils sont, le mois et l'année et le jour du mois; et ce sont des preuves manifestes et très-faciles à saisir de débilité intellectuelle, même avec les apparences de délire très-actif.

Mais c'est surtout dans les actes, et dans les contradictions qui existent entre les idées et les actes, que cette faiblesse intellectuelle se manifeste. Un paralytique qui déclarera, par exemple, qu'il est roi, qu'il est souverain, qui a les idées de grandeur les plus excentriques et les plus élevées, consent en même temps à se soumettre à toutes les règles de la maison, il ne s'aperçoit pas depuis combien de temps il est dans l'asile, il ne réclame pas sa sortie immédiate; ses actes sont en contradiction complète avec ses paroles. Et Esquirol a eu soin déjà de mentionner dans son livre,

ce fait, qu'il avait souvent diagnostiqué la paralysie générale chez un malade qui venait d'entrer dans un asile d'aliénés par ce seul fait que le malade ne se rappelait pas le lendemain qu'il était entré la veille, et ne réclamait pas sa sortie avec une très-grande insistance, et avec cette sorte de logique, bien souvent qu'ont la plupart des aliénés qui raisonnent et qui conservent une grande lucidité. Le paralytique, au contraire, tout en demandant à sortir, tout en disant qu'il va sortir dans une heure ou demain, n'emploie pas les moyens voulus pour obtenir sa sortie; il ne proteste pas d'une façon régulière, d'une façon raisonnable. Ce fait a déjà été mentionné par Esquirol; il est vérifié tous les jours dans nos asiles. On pourrait entrer dans beaucoup de détails pour démontrer cette débilité intellectuelle commençante, même chez les aliénés paralytiques qui paraissent avoir l'in=telligence la plus grande, la plus active.

Mais c'est dans la manière dont sont co=ordonnées les conceptions délirantes, que cette faiblesse est saillante à tous les yeux. Cette étude chez les paralytiques mérite de nous arrêter un instant.

Ces caractères généraux s'appliquent non-seulement aux conceptions de grandeur, mais même aux conceptions d'un ordre différent, aux conceptions mélancoliques. Tous les paralytiques, par cela même qu'ils sont atteints de cette forme particulière de maladie mentale, présentent des caractères communs avec les autres paralytiques. Or, ces caractères peuvent être résumés au nombre de quatre. Le premier de ces caractères, c'est la multiplicité des délires. Le délire des paralytiques, au lieu de se réduire à un petit nombre d'idées pré=dominantes, comme chez la plupart des malades atteints de délire partiel; ce délire est extrêmement multiple. Un même malade a un grand nombre de conceptions délirantes qui se succèdent, qui se remplacent, qui alternent et qui se manifestent à divers moments. Un paralytique a une multitude de conceptions délirantes. Il y a là le caractère de multiplicité qui est déjà extrêmement important, tandis que chez la plupart des monomaniaques atteints de délire partiel, le délire se limite à un petit nombre d'idées, il ne se limite pas à une idée unique, mais à un nombre d'idées restreint;

chez les paralytiques comme chez les monomaniaques il y a une multitude très grande de délires. C'est là le premier caractère.

Le second caractère, c'est la mobilité. Le même malade énonce des idées différentes et des idées presque opposées à divers moments quelquefois dans la même conversation ou dans la même journée. Non seulement les idées délirantes des paralytiques sont multiples, mais elles sont essentiellement mobiles.

Il y a deux degrés dans cette mobilité. Il y a des conceptions délirantes qui ne sont mobiles qu'à longue échéance. Si vous observez le malade à un ou deux mois de distance vous constaterez que les conceptions délirantes que vous aviez observées, il y a un mois ont cessé d'exister lors d'une seconde observation. Voilà une mobilité relative. Le malade n'a conservé ses idées que pendant un mois. C'est un degré de mobilité spéciale; c'est un intermédiaire entre la fixité constante des monomaniaques et la mobilité au contraire d'autres malades.

Mais il y a une mobilité plus grande encore chez certains paralytiques; il en est qui changent d'idée tous les jours, toutes les heures d'un moment à l'autre;

le même malade, selon que vous l'observez à un moment ou à un autre, vous exprime d'autres con=
=ceptions délirantes. Ces conceptions délirantes sont dans la même direction, dans la même voie, dans la voie de la satisfaction ou de la grandeur par exemple, ou dans la voie mélancolique dont nous parlerons tout à l'heure. Mais les conceptions sont de nature différente. Le même malade énonce des conceptions différentes les unes des autres, selon le moment où on l'observe; il y a une très grande mobilité dans les conceptions délirantes; seulement, cette mobilité peut être, ou à courte échéance, ou à échéance plus éloignée. Il y a des malades conservant des idées délirantes pendant trois semaines, un mois, et si vous les revoyez un mois après, vous retrouvez d'autres idées.

Un troisième caractère des conceptions délirantes chez les paralytiques est plus difficile à résumer en un mot. Ce caractère peut être ainsi appelé: on peut dire que ces idées sont souverainement absurdes. Les idées des paralytiques sont sans base, sans raison d'être, sans motif, sans préliminaires,

sans point d'appui. Une idée passe dans l'esprit du paralytique comme une plante parasite, comme un produit en quelque sorte hétérogène, et comme un produit étranger à l'intelligence, qui pousse sans aucun rapport avec le sol sur lequel il doit se développer, tandis que dans le délire monomaniaque comme je l'ai dit plusieurs fois, les idées mettent un très-long temps à se développer; elles germent; elles ont une incubation. elles se développent lentement; et elles n'arrivent que peu à peu à une période complète d'évolution. Chez les paralytiques, au contraire, les idées surgissent tout à coup sans cause, et surgissent sans motif, sans avoir été préparées par rien; ce sont des idées sans base, sans appui, des idées qui n'ont aucune raison d'être, qui surgissent, on ne sait d'où et comment. Un paralytique vous dira tout à coup, par exemple, qu'il est mort, que son père et sa mère sont morts, qu'il vient d'hériter d'une somme considérable, qu'il a ressuscité des morts, qu'il va reconstruire Paris, etc; une foule d'idées extrêmement étranges qui arrivent tout à coup et qui n'ont pas raison d'être dans les antécédents du malade ni dans les faits qui ont

précédé ou suivi c'est là encore un caractère tout particulier du mode de production des idées. Chez les paralytiques, ces idées sont spontanées, sont automatiques, sont le produit d'un travail intestin en quelque sorte, intérieur du cerveau sur lui-même ou de la pensée sur elle-même; il n'y a pas de raison d'être; il n'y a pas de lien logique avec les précédentes ni les idées suivantes; ce sont des idées qui surgissent inopinément : c'est là le troisième caractère.

Le quatrième est tiré des rapports des idées délirantes entre elles. Non-seulement chaque idée délirante envisagée en elle-même a ces caractères que je viens d'indiquer; mais elles ont un caractère commun dans les rapports qu'elles ont entre elles. Les idées des paralytiques sont contradictoires entre elles. Le même malade exprime en même temps des idées qui sont inconciliables; il est à la fois pape et empereur; il est à la fois homme et femme; il est à la fois deux êtres ou deux individus, ou deux personnages complètements différents, appartenant à des époques historiques différentes; deux choses qui sont opposées, qui sont incompatibles entre elles.

les idées du persécuté sont contradictoires entre elles, le même malade vous énonce à la fois deux idées qui se contredisent et ceci est un fait constant dans la paralysie générale à toutes les périodes.

Tous les autres monomaniaques, les autres malades atteints de délire partiel, ont au contraire besoin de concilier leurs idées entre elles, ils ont besoin de la logique, et, comme je vous l'ai dit souvent, ils systématisent leur délire. Les autres aliénés atteints de délire partiel ont besoin de raisonner, de motiver leurs idées, de les rendre plausibles à leurs propres yeux et aux yeux des personnes qui les écoutent; ils sentent la valeur des objections qu'on leur fait et qu'ils se sont faites à eux-mêmes. Les malades sentent la contradiction et ils cherchent à y répondre préalablement; ils vont au-devant de l'objection, et vous voyez tous les malades atteints de délire de persécution, par exemple, ou de délire religieux ou de délire ambitieux ordinaire chercher à rendre conciliables leurs idées délirantes. Je vous ai dit pour le délire orgueilleux ordinaire que les malades cherchent à expliquer leur situation spéciale par un héritage, par le fait de papiers qui

leur ont été soustraits, par un changement, une substitution d'enfant qui aurait été faite en nourrice, ils cherchent à faire un roman pour rendre vraisemblable dans le passé leur délire, pour le faire accepter non-seulement par eux-mêmes, mais par les autres personnes auxquelles ils le racontent ; le paralytique n'éprouve pas le besoin de conciliation, il ne sent pas la contradiction, il n'éprouve pas le besoin de répondre aux objections qu'on pourrait lui faire, il est en même temps pape et empereur, homme et femme, parce que tel est son bon plaisir, sans chercher à concilier ces deux dignités, ces deux états incompatibles entre eux.

Il arrive quelquefois cependant que des paralytiques un peu moins avancés en démence sentent jusqu'à un certain point la contradiction et éprouvent le besoin de conciliation ; mais c'est un besoin tout à fait temporaire, et qui provoque un phénomène assez fréquent chez eux, que l'on peut appeler des réponses de circonstance. Si vous faites une objection à un paralytique au début, à la première période, si vous lui dites par exemple :

Comment avez-vous pu devenir riche tout à coup; vous étiez un simple ouvrier hier, et vous êtes aujourd'hui millionnaire? Il vous répondra : Je viens de faire un héritage; dans un autre moment, il dira : ceci tient à ce que je suis devenu roi, à ce que je suis devenu empereur; par conséquent, je suis devenu riche. Il vous donnera une raison quelconque en rapport avec l'idée qu'il vient d'exposer parceque vous lui faites une objection; mais faites lui le même objection dans un autre moment, 4 ou 5 minutes après, il vous fera une autre réponse. Ce sont des réponses de circonstance, certains besoins de logique qui subsistent encore dans l'esprit du malade; ce sont les traces dernières de l'intelligence humaine dans son fonctionnement naturel. Mais ce sont des traces extrêmement légères et peu importantes; les malades sentent encore la contradiction à cette période de la maladie. La maladie n'a pas fait table rase de toutes les facultés intellectuelles; mais ils la sentent cette contradiction, à un degré bien moindre que l'homme à l'état normal, et que le mélancolique ou le monomaniaque ordinaire, le malade atteint de délire partiel non paralytique.

Vous voyez donc; je suis obligé d'abréger; qu'il y a quelques caractères principaux qui permettent de distinguer les conceptions délirantes des paralytiques de celles des autres aliénés dits monomaniaques ou atteints de délire partiel. Le caractère fondamental, c'est que le délire des paralytiques est multiple, mobile, sans base et contradictoire.

Voilà les quatre caractères qui permettent de distinguer, à première vue, les conceptions délirantes des paralytiques, de celles des autres aliénés à délire partiel. Ces caractères ont une grande importance au point de vue du diagnostic. Il y a, en effet, des malades qui n'ont pas encore des symptômes physiques très accusés, dont la paralysie générale pourrait être contestée, et qui présentent ce caractère particulier de délire qui permet de prévoir l'existence de phénomènes paralytiques ultérieurs. Ce sont des symptômes qui ont de l'importance au point de vue du diagnostic, surtout du diagnostic différentiel. Les caractères généraux qui indiquent la débilité intellectuelle, sont la preuve de la démence, parce que

les délires ne sont pas bien coordonnés ensemble, ne sont pas bien joints, conciliés entre eux. C'est une preuve de la faiblesse intellectuelle. Eh bien! ces caractères existent aussi bien dans le délire mélancolique de la paralysie générale que dans les délires de grandeur: ils sont applicables à toutes les conceptions des paralytiques quelles qu'elles soient. Ces caractères généraux et communs une fois indiqués, il s'agit maintenant d'étudier rapidement les diversités d'aspect de la paralysie générale à la première période, au point de vue du délire. Bayle, dans son ouvrage publié en 1826, avait admis que la plupart des paralytiques commençaient par être monomaniaques, puis devenaient enfin en démence. Cette succession de formes existe dans un certain nombre de cas; mais elle n'est pas constante. Ce qui est vrai, c'est qu'il y a des paralytiques aliénés qui, dès leur entrée dans l'asile, se présentent plutôt sous la forme monomaniaque, d'autres, sous la forme maniaque, et d'autres, au contraire, sous la forme démente. Vous avez donc comme je l'ai déjà dit, dans cette maladie spéciale qu'on appelle la paralysie générale progressive, les diverses formes typiques

l'aliénation mentale, telles qu'elles ont été réunies dans la classification régnante de Pinel et d'Esquirol. On y a ajouté la forme mélancolique qui n'a été bien étudiée que depuis une quinzaine d'années, sur laquelle M. Baillarger, surtout a appelé l'attention. Les paralytiques peuvent donc se présenter à l'observateur au point de vue psychique, sous quatre formes dif=férentes; sous la forme monomaniaque, sous la forme maniaque, sous la forme mélancolique ou sous la forme démente. Pour un moment, nous sommes obligés d'accepter ces dénominations, d'autant plus qu'elles correspondent à des aspects différents de la maladie. Le fond de débilité intellectuelle est commun à tous ces malades qu'ils se présentent sous forme d'excitation ou sous forme de dépression. Ils ont tous les caractères communs du délire que je viens d'indiquer, qui sont la preuve évidente de la démence, ou de la débilité intellectuelle, de sorte qu'on a eu raison de dire que la folie paralytique était, à proprement parler, plutôt une démence paralytique. La démence est le fait dominant de toutes les variétés de la paralysie générale;

seulement, elle existe à divers degrés. Il y a des malades plus ou moins déments parmi les paralytiques aliénés; lorsque les paralytiques aliénés se présentent dans la forme dite monomaniaque c'est-à-dire sous la forme de délire partiel, ils ont ordinairement une prédominance d'idées de satisfaction et de grandeur. C'est le fait qui avait été observé dès le début par les premiers observateurs, par Bayle, par Calmeil, à Charenton, et par tous les observateurs qui ont succédé. C'est un fait généralement admis. On l'a même exagéré, puisqu'on est arrivé à dire, que tous les paralytiques, sans exception, avaient le délire de satisfaction et de grandeur. Cela est fréquent; mais ce n'est pas constant. Il importe même de distinguer beaucoup les degrés de satisfaction et de grandeur. Il y a des malades qui, pendant toute la maladie, n'ont qu'un degré très modéré de délire de satisfaction. Certains malades se bornent à avoir de l'optimisme; ils voient tout en beau; ils sont heureux; ils sont satisfaits de tout sans savoir pourquoi; ils sont heureux d'être au monde; ils sont satisfaits de tout; ils n'ont aucune idée de tristesse; c'est le premier degré de la satisfaction un simple optimisme général. Il y a des malades qui

ne dépassent pas ce degré, qui ont seulement un sentiment de bien-être, un sentiment de satisfaction; mais qui n'ont pas de conceptions délirantes déterminées. Un second degré est un peu plus élevé dans l'échelle des grandeurs. Ces malades se croient un peu plus forts qu'à leur état normal ou un peu plus élevés dans l'échelle sociale. Ils se croient très-bien portants; ils ne se sont jamais aussi bien portés; ils ont une exubérance de santé; ils sont très-forts; ils sont capables d'efforts musculaires considérables; ils peuvent lutter contre 7 ou 8 personnes; ils ont un sentiment d'exubérance de force physique; d'autres se croient plus élevés dans leur position; ils croient par exemple s'ils sont ouvriers qu'ils gagnent 10, 12, 15 francs par jour; tous les bonheurs vont leur arriver; ils vont se marier; ils vont être très-heureux; tout va leur réussir; ils voient tout en beau; ils ont un certain nombre de conceptions délirantes qui sont au-delà de leur état normal, mais qui sont encore des conceptions délirantes d'une notion possible; ce sont des choses acceptables et des choses acceptables dans leur situation. Ces malades ne dépassent pas

la limite du possible. S'ils appartiennent à d'autres classes sociales ils croient avoir fait des spéculations heureuses, avoir réussi à acquérir des sommes plus ou moins importantes, 10, 15, 100 000 francs; mais ils n'entrent pas dans le domaine de l'impossible et de l'irréalisable; leurs conceptions délirantes sont encore en rapport avec la possibilité, avec la réalité de la vie usuelle. C'est-là le second degré.

Il en est d'autres, au contraire, qui dépassent cette limite et qui entrent tout de suite dans le domaine de l'impossible; or l'impossible est extrêmement variable, selon les catégories sociales ou selon les situations; ce qui est impossible, par exemple, pour un ouvrier, cesse d'être impossible pour un millionnaire. Il y a des degrés; il faut prendre l'homme dans sa situation actuelle, dans sa situation sociale, et com=parer son délire à sa situation vraie. C'est ce qui faisait dire, par exemple, à propos de l'ancien roi de Prusse qui est mort paralytique, qu'on ne comprenait pas comment un roi qui avait toutes les grandeurs réelles, pouvait avoir encore le délire des grandeurs. Eh bien! ce roi de Prusse s'est cru roi de l'Himalaya.

Voilà un degré remarquable au point de vue de la pro=
=gression relative et de la manière dont le délire peut
s'associer avec la réalité. Il ne faut donc pas envisager
le degré du délire en lui-même; mais il faut l'envisager
par rapport à la situation réelle de l'individu. C'est-
là le troisième degré. Le malade entre dans le domaine
de l'imaginaire, dans le domaine de l'impossible,
relativement à la situation qu'il occupe; mais ce
sont des choses qui en elles-mêmes ne sont pas
impossibles. Ainsi, par exemple, un ouvrier se croit
millionnaire; d'autres hommes sont millionnaires;
ce n'est donc pas impossible qu'il le soit devenu.

Une quatrième catégorie c'est la catégorie
de l'absurde en lui-même, de ce qui est absolument
impossible pour tout le monde. C'est la 4.e catégorie.
Les uns se croient dieux, les autres se croient génies,
se croient des hommes hors de l'humanité, ou croient
avoir réalisé des choses impossibles; c'est la 4.e catégorie;
ils ont un milliard de milliards, ils ont fait un
million de lieues; ils ont parcouru les planètes et
les astres; ils ont reconstruit Paris en un jour; ils ont
ressuscité des morts etc. Voilà le domaine de

vingt mille milliards pour un homme que je ne un autre.

Cette progression n'est pas sans importance au point de vue du diagnostic et de l'observation vraie. Il importe donc beaucoup de signaler que le délire de grandeur des paralytiques présente plusieurs degrés. M. Billod, entre autres, dans un travail intéressant qu'il a publié, il y a 25 ans, dans les annales médico-psychologiques, a rapporté des faits intéressants au point de vue de ces divers degrés du délire des grandeurs; dans un travail qui a été publié en 1850, il a insisté avec raison sur ces divers degrés des délires de grandeur chez les paralytiques. Mais ces degrés ne correspondent pas seulement à des malades différents. Ils peuvent se présenter; et ils se présentent souvent chez le même malade et, chose remarquable, dans la paralysie générale, c'est qu'on voit beaucoup de malades passer successivement, et dans un espace de temps très-court, par ces divers échelons de grandeur. Le même malade qui entre dans un asile d'aliénés avec un simple délire de satisfaction, de béatitude, sans prédominance, sans idées délirantes caractérisées, dans l'espace de 15 jours,

un mois, arrive aux idées les plus impossibles, les plus irréalisables. Il parcourt les divers degrés de grandeur en très-peu de temps, il monte en grade; on voit des militaires qui sont capitaines, par exemple, puis chefs de bataillon qui deviennent colonels, généraux, maréchaux, puis empereurs et Dieu. Ils parcourent successivement, en très-peu de temps, les différents échelons de la grandeur; et ils montent en grade. Le fait est extrêmement fréquent, et il est en rapport avec le degré croissant d'excitation cérébrale. Des malades qui sont arrivés dans les asiles d'aliénés, et que les parents ne considéraient pas encore comme fous, considéraient comme ayant des idées très-acceptables et très-explicables, au bout de quelques semaines arrivaient au degré de délire absurde aux yeux de tous, irréalisable et impossible à accepter par une intelligence saine et normale. Aussi, les parents croient-ils souvent que le malade est devenu aliéné depuis son internement dans l'asile. Le malade a passé successivement par les degrés de délire qui le font arriver à l'absurde et à l'impossible. C'est un

fait très-fréquent dans la première période du délire de la paralysie générale et qui mérite d'être noté. Le délire varie même, quant à la forme, le délire de grandeur présente des diversités; à plus forte raison, quand, à ces diversités de délires, viennent se joindre des diversités de l'état général. Or, le délire des paralytiques ne se présente pas toujours sous cette forme dite monomaniaque ou expansive; il se présente dans le début sous la forme maniaque. Il y a des malades, qu'on amène dans les asiles, qui ont le délire de grandeur le plus caractérisé, le plus impossible, le plus irréalisable; mais qui, en même temps, ont l'état général de la manie, au lieu d'avoir des apparences de raison, comme les malades atteints de délire partiel; au lieu de se montrer assez lucides vis-à-vis des personnes étrangères, au lieu d'avoir les apparences de la raison, ce sont de véritables maniaques; ces malades crient, chantent, jour et nuit; ils se déshabillent, ils déchirent; ils se mettent tout nus; ils sont dans une excitation des plus violentes; ils sont dans une excitation quelquefois voisine du délire aigu; ils ont, en un mot, un état maniaque des plus caractérisés; dans ce cas, l'inflammation cérébrale est

plus intense ; il y a un état congestif plus marqué des couches du cerveau ; il y a un état méningo-encéphalique plus aigu. C'est dans les périodes maniaques ; et il n'y a pas dans les asiles d'aliénés de malades plus incorrigibles, plus difficiles à contenir que les maniaques paralytiques. Or, cet état peut durer plusieurs mois ; il dure quelquefois très-long temps. Il y a des malades qui restent quelquefois six mois dans cet état d'excitation maniaque sans interruption pendant le jour et la nuit, qui ne dorment pas ; ils sont constamment agités sauf des moments de répit de quelques heures ; la plupart du temps, ils n'ont pas de sommeil, et les médicaments opiacés, la morphine, les sédatifs les plus puissants, ne parviennent pas à les calmer, à moins de déterminer un empoisonnement passager ; mais la dose ordinaire ne suffit pas pour déterminer de l'affaissement au milieu de cette excitation maniaque, qui est due à l'inflammation cérébrale à divers degrés. Cette manie paralytique, qui a été très-souvent observée par les naturalistes et tous les auteurs, a des caractères particuliers, non-seulement au point

de vue du délire des grandeurs qui est très-fréquent, mais au point de vue de l'intensité de l'agitation. C'est une sorte de manie convulsive; les malades ont des violences de mouvements, des violences d'excitation qui dépassent toutes les mesures; ils déchirent, et ils se déshabillent; presque tous les paralytiques ont cette disposition à se mettre tout-nus et à déchirer indéfiniment et à se déshabiller. C'est un fait extrêmement fréquent dans la manie convulsive des paralytiques aliénés. D'autres paralytiques se présentent sous une autre forme, sous la forme de démence simple. Cette forme existe chez l'homme; mais elle est surtout fréquente chez les femmes. A la Salpêtrière, on en voit de fréquents exemples. Il y a des malades qui sont internées à la Salpêtrière, avec des symptômes évidents de paralysie générale, et qui se présentent sous une forme très-calme. Leur intelligence est très-affaiblie; elles ont baissé énormément au point de vue du niveau intellectuel; souvent, elles ne savent pas leur âge, le lieu de leur naissance; elles ne savent pas le quantième du mois; elles ont une intelligence très-affaiblie; elles sont évidemment en démence; en même temps, elles ont une

une satisfaction générale, une satisfaction béate; elles sourient; elles ont un rire bête; à chaque question qu'on leur adresse, le sourire, le même sourire se stéréotype sur leurs lèvres et sur physionomie; elles sont heureuses de tout; elles sont satisfaites; elles voient tout en beau. Elles ont quelquefois de belles robes, des robes de soie; il va leur arriver beaucoup d'argent; elles vont être très-heureuses; elles vont faire de beaux mariages; mais là se borne leur délire de satisfaction; elles n'arrivent pas à la limite extrême dont je vous parlais tout à l'heure; ces malades représente la forme débile, ou la forme simplement démente de la paralysie générale; il y a des malades qui ne vont pas au-delà; il y en a même quelques-unes qui n'arrivent même jusqu'à la satisfaction, qui ont simplement la démence simple; l'intelligence est affaiblie d'une manière générale; et il n'y a pas de conceptions délirantes appréciables. C'est la forme démente, débile de la paralysie générale. Or, il est remarquable qu'ordinairement cette forme est plus régulière dans la marche que les autres formes; les formes maniaques, les formes violentes

marchent plus rapidement vers une terminaison funeste que la forme de démence simple. Il y a les malades qui peuvent rester dans les asiles pendant 20 années, dans l'état de démence progressive plus ou moins prononcée et qui peuvent vivre très-long temps. Il y a à la Salpêtrière certaines malades qui vivent 7, 8, 10 ans dans cet état de démence simple avec paralysie générale. Il importe donc beaucoup de distinguer cette variété des autres variétés voisines. Mais le fond de démence existe chez tous les para=lytiques, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, aussi bien chez les paralytiques à prédo=minance monomaniaque ou maniaque que chez ceux qui ont la forme démente prédominante. Le 4e aspect sous lequel se présentent les paralytiques à la première période, c'est l'aspect mélancolique. Cet état n'était pas connu autrefois. Lorsque M.M. Bayle, Calmeil et d'autres auteurs, ont décrit la paralysie générale, ils n'avaient pas insisté sur le côté mélancolique que présentait certains para=lytiques. Cependant on trouve dans les observations de Bayle, par exemple, quelques exemples de ce délire

mélancolique. M. Baillarger est l'auteur qui a surtout insisté sur l'existence de la mélancolie dans la paralysie générale, non-seulement au début, fait dont je vous ai parlé, mais même dans le cours de la maladie. Il y a des malades qui, soit séparément, soit alternativement présentent un délire mélancolique. Chez certains malades, cette alternance a même lieu de deux jours l'un, ou à peu d'intervalle de temps; un même malade a des alternances ~~on~~ de délire de grandeur, ~~et~~ de délire mélancolique, quelquefois tous les deux jours. Il y a dans tous les asiles d'aliénés quelques exemples de ce genre, quelques malades qui, un jour annoncent qu'ils sont souverains, empereurs, qu'ils ont des millions et des milliards, et qui, le lendemain, ont au contraire le délire mélancolique, dit hypochondriaque. Les conceptions délirantes auxquelles M. Baillarger a donné le nom d'hypochondriaques, méritent d'être signalées d'une manière spéciale. Le mot d'hypo=condrie ne suffit pas pour les caractériser; ce sont des conceptions d'une nature particulière et qui sont toujours à peu près les mêmes. Les malades

croient que leur personnalité physique est changée; ils sont modifiés soit dans la totalité de leur corps, soit dans quelqu'une de ses parties; ils ont une tête en plomb, une mâchoire de cheval, ils ont des bras de plomb ou des jambes de plomb; ils croient qu'ils sont bouchés, qu'ils n'ont pas de bouche, qu'ils n'ont pas de ventre, qu'ils n'ont pas d'estomac, qu'ils ne peuvent pas avaler, que les aliments ne peuvent pas passer, et en vertu de ces croyances qui sont extrêmement tenaces pendant un certain temps quoique au fond très-mobiles, en vertu de cette ténacité morbide, accidentelle, ces malades refusent absolument les aliments; et il y a dans la paralysie générale des périodes où le refus des aliments arrive avec une ténacité que rien ne peut vaincre. C'est un fait clinique important à noter. On croyait autrefois que c'était exclusif de la paralysie générale, parce qu'on s'imaginait que tous les paralytiques généraux avec délire de grandeur avaient une grande voracité. Ceci est vrai en général; mais ce n'est pas vrai dans toutes les périodes. Il y a des malades qui commencent par le délire de grandeur très-intense, et qui arrivent à la période mélancolique

qui vont durer trois ou six, six semaines deux mois et même davantage. Les malades deviennent alors tombés; ils n'ont pas de bouche; ils n'ont pas d'estomac; les aliments ne peuvent pas passer; il est inutile de chercher à leur introduire des aliments dans la bouche, ils serrent la machoire avec des efforts convulsifs; et on est absolument obligé d'employer la sonde œsophagienne, la sonde même d'argent de M. Billod est insuffisante; on est obligé d'introduire la sonde œsophagienne pour les nourrir artificiellement. Il est même remarquable que cet état mélancolique coïncide très-souvent avec un état physique très-mauvais; la nutrition se fait très-mal. Les malades maigrissent, ils ont une abondance d'urine excessive, dans une période la nutrition est tellement mauvaise que la mort est imminente et à craindre. Ensuite cet état s'accompagne d'eschares qui ne sont pas dues seulement au décubitus, mais à l'état général insuffisant de la nutrition et de l'alimentation. Les malades sont souvent exposés à la mort par suite d'une nutrition insuffisante. Le délire

mélancolique a des caractères spéciaux que M.r Baillarger a signalés, et qui ont été confirmés depuis par d'autres observations. Il est loin d'être constant même chez les mêmes malades; mais il est fréquent, et il mérite d'être signalé comme caractère de la paralysie générale à diverses périodes, seulement, ordinairement il ne dure qu'un temps; il appartient à certaines périodes; et le même malade que vous avez vu atteint de délire mélancolique à certains moments, revient plus tard, soit au délire de grandeur, soit à l'état de démence simple. C'est une période dans la marche de la maladie et une période qui ordinairement est liée à un état physique concomitant, état d'affaiblissement, état de dépérissement général. Le malade est très-amaigri; la nutrition se fait très-mal; il arrive à être dans le marasme. Vous voyez donc que la paralysie générale même à cette première période, ou du moins à la période d'état, peut se présenter sous des formes diverses, sous la forme monomaniaque, sous la forme maniaque, sous la forme mélancolique ou sous la ~~fo~~ forme démente. Cela est très-important à connaître, et vous avez la démonstration de ce que j'ai dit au point de vue de la

classification des maladies mentales, à savoir, que votre classification est anti-scientifique, puisque la même maladie organique, la même maladie cérébrale dont les caractères anatomiques sont extrêmement bien connus; cette même maladie peut se présenter sous les quatre formes différentes de la classification actuelle, et peut se présenter tantôt sous la forme de monomanie, tantôt sous la forme manie, tantôt sous la forme de mélancolie, ou tantôt sous la forme démente. Ce n'est pas véritablement une classification, puisque les mêmes malades peuvent présenter alternativement ces différentes formes.

~~L'état~~ Cette période d'état de la paralysie générale peut durer plus ou moins longtemps. On croyait autrefois que cette maladie avait une marche très rapide vers la démence, et vers la mort. MM. Calmeil, Foville et Parchappe, les auteurs ~~les plus remarquables~~, qui ont le plus étudié cette maladie, affirmaient, il y a trente ans, que la paralysie générale ne pouvait guère durer au-delà de six mois ou un an, ou un an et demi. L'observation nous a prouvé au contraire que la maladie peut durer beaucoup plus long

temps; cette maladie peut durer cinq ou six ans, et même dix ans, et même davantage dans les cas exception=
=nels. Il n'en est pas moins vrai que la moyenne de durée a été de trois ans et demi pour nos prédécesseurs; mais il ne faudrait pas la considérer comme absolue.
Dans beaucoup de cas, la maladie se prolonge pendant très-long temps. Un autre fait qui n'était pas connu non plus, et qui est aujourd'hui parfaitement établi; c'est que cette maladie n'est pas régulièrement progressive. Elle ne marche pas d'une manière continue comme on le croyait autrefois vers la démence et vers la mort sans inter=
=ruption. C'est au contraire une maladie essentiellement paroxystique, une maladie qui a des périodes d'excitation, des périodes d'augment et des périodes de diminution; elle marche par soubresauts, d'une façon extrêmement inégale, et le même paralytique, à plusieurs mois de distance, à six mois, un an de distance, n'offre pas au médecin le même tableau symptomatique. Il y a même plus: non-seulement cette maladie se présente avec de grandes différences de degré; mais elle peut offrir des rémissions tellement prononcées, ~~que c'est curieux~~ que ces rémissions ont pu être considérées comme de véritables

guérisons. Voilà un fait qu'on ne connaissait pas autrefois, et qui était même nié par nos prédécesseurs. M. Baillarger a contribué plus que personne à en établir la réalité; seulement, il en a peut-être exagéré l'importance. M. Baillarger est arrivé à cette conviction qu'il y avait des malades atteints de ce qu'il a appelé la manie congestive, c'est-à-dire, atteints de cette excitation maniaque avec idées de grandeur dont je viens de vous parler, qui ont présenté des conceptions délirantes les plus multiples, les plus mobiles, les plus contradictoires et les plus exagérées; qui se sont crus rois, empereurs, grands seigneurs, Dieu; qui ont cru avoir des millions et des milliards. Ces malades, après cinq ou six mois de maladie arrivent à un état qui simule la guérison. Mr Baillarger admettait que dans ces cas, la guérison est possible, que certainement, dans beaucoup de circonstances, la maladie peut reprendre plus tard son cours et devenir une paralysie générale aboutissant à la mort; mais qu'il peut exister des cas de guérison. Mr Baillarger a collectionné déjà une centaine d'observations environ empruntées à d'autres

auteurs et à sa propre pratique pour démontrer que la manie congestive est curable, et qu'après un accès de manie de cette espèce, le malade peut revenir à lui-même et ne pas retomber dans la paralysie générale. La question de fait n'est pas douteuse; il est certain qu'il y a un certain nombre de malades qui présentent cette marche particulière de la maladie qui, après avoir offert tous les caractères physiques et moraux de la paralysie générale, arrivent néanmoins à un état qui simule la guérison à divers degrés. Quelques-uns de ces malades conservent beaucoup de faiblesse intellectuelle, ils sont au-dessous du niveau ancien; ils ont encore un peu d'embarras de la parole; ils ont encore des traces évidentes d'affection cérébrale intense et grave, mais ils peuvent rentrer dans leur famille, dans la société, et même y reprendre leurs fonctions. Il y en a même quelques-uns qui se sont mariés dans ces conditions de guérison apparente. Le fait clinique est donc incontestable, et Mr. Baillarger a eu le grand mérite de l'établir cliniquement d'une façon qui ne peut être contestée par personne; mais l'interprétation scientifique peut varier, et pour-

beaucoup d'auteurs aujourd'hui, cela n'est qu'une rémission. Les malades qui arrivent à cet état de guérison apparente, reprennent tôt ou tard les caractères de la maladie; ce n'est qu'une suspension momentanée, un arrêt plus ou moins prolongé. Au bout de six mois, un an, un an et demi, plus ou moins, selon les cas, le malade est repris de symptômes cérébraux très-intenses, de convulsions, de congestion et d'un état de démence avec idées ou sans idées de grandeur, avec symptômes paralytiques des plus caractérisés, de sorte qu'aujourd'hui ~~en général~~, la plupart des médecins spéciaux sont disposés à admettre que la manie congestive de M.r Baillarger n'est qu'une première période de la paralysie générale, et qu'après un temps plus ou moins long de suspension de la maladie, cette maladie reprend son cours quoi qu'on fasse, et que, par conséquent, la manie congestive n'est pas curable d'une manière absolue. Ce fait mérite une nouvelle étude; mais au point de vue clinique, ce fait est très-important, et doit nous rendre bien circonspects dans le pronostic que

nous portons sur les malades atteints de paralysie générale. Jusqu'à présent, la plupart des médecins d'aliénés qui voyaient arriver un paralytique, déclaraient qu'avant un an ou un an et demi, le malade serait mort, et qu'il n'y avait aucune ressource. Ce pronostic est souvent démenti par l'événement. Il y a des malades qui non-seulement, ne meurent pas dans le temps prévu mais qui guérissent, se marient, et reprennent leurs fonctions sociales pendant un certain temps. Ce fait est donc très-important à signaler dans l'étude de la paralysie générale.

Après l'indication des symptômes psychiques, j'ai à vous dire quelques mots des symptômes physiques. La paralysie générale est caractérisée par des symptômes physiques nombreux dans l'ordre de la motilité et de la sensibilité. Dans l'ordre de la motilité, le mot de paralysie générale n'indique pas bien la nature de la lésion de ces fonctions. Le mot d'ataxie correspondrait mieux à la réalité des faits. C'est, en effet, une incoordination des mouvements. La paralysie générale des aliénés n'est pas véritablement une paralysie. Le mot de paralysie a donné lieu à des confusions nombreuses,

et enrayé encore la marche de la science. Si on n'avait pas donné ce nom à cette maladie, beaucoup de questions douteuses seraient aujourd'hui résolues. Ce mot a été très-nuisible au point de vue du progrès de la science. Ce n'est pas une véritable paralysie. Les paralytiques, surtout dans la forme maniaque, ont plus de force qu'à l'état normal; ils peuvent lutter contre un grand nombre de personnes; ils ont une force physique très-exagérée; c'est donc une chose très-bizarre, que d'entendre appeler paralytiques des malades qui marchent, qui circulent, qui se remuent et qui s'agitent avec une extrême violence; mais ils ont tous de l'incoordination dans les mouvements, ils présentent une irrégularité dans la motilité qui est caractéristique de cette maladie. Or, cette irrégularité ne se manifeste pas seulement dans les bras et dans les jambes où elle est peu saillante dans la première période; elle se manifeste surtout dans la parole, et c'est l'embarras de la parole qui est le signe pathognomonique de cette maladie. Seulement, cet embarras ne ressemble pas à celui qui existe dans d'autres affections

cérébrales; ce n'est pas, comme on l'a dit, la suppression de la parole, et un bégaiement extrêmement intense; un arrêt de la parole, ce n'est pas comme dans le ramollis=sement ou dans l'apoplexie; c'est un simple tremblement fibrillaire de la langue et des muscles de la face, et qui se manifeste par certains arrêts, des ~~omissions~~ suspensions de certains sons; il y a une suspension entre les syllabes, une suspension entre les mots; il y a un temps d'arrêt; le malade est obligé de faire un effort pour lancer la syllabe qui suit, pour lancer le mot qui vient après; il y a une sorte d'effort qu'il faut avoir constaté chez les malades pour pouvoir bien le diagnostiquer; et ce phénomène est parfois si peu sensible, qu'il faut une circonstance spéciale pour le rendre saillant. Ainsi certains malades bégaient davantage en lisant à haute voix ou en chantant. Pour d'autres, c'est le contraire; il y a des malades qui peuvent chanter avec assez de facilité, sans effort, ou lire à haute voix facilement, et qui, au contraire, bégaient davantage en parlant. Ceci varie selon les malades. Mais il faut les faire parler à haute voix; il faut les faire parler vite ou lentement; il faut les faire lire sur

un livre quelques phrases successives pour bien constater l'embarras de la parole dans ces conditions diverses. Je parle, bien entendu, de la première période. Plus tard, ce symptôme augmente, s'accuse, et devient alors très-manifeste. Mais il y a des degrés primitifs d'embarras de la parole qui sont difficiles à constater surtout pendant la période d'excitation, car tout le monde a fait cette remarque que pendant l'excitation maniaque, l'embarras de la parole semble disparaître chez certains malades, tandis qu'il est beaucoup plus saillant dans la forme débile, ou dans la forme démente.

Indépendamment de ce trouble principal de la motilité, il y en a d'autres; il y a chez les paralytiques même à la première période, quelquefois un peu de tremblement beaucoup moins prononcé que dans l'alcoolisme et quelques symptômes fibrillaires, quelques mouvements fibrillaires des muscles de la face ou de toutes les parties du corps. Il y a du tremblement dans les bras; c'est pourquoi les malades ne peuvent pas saisir les objets; ils les laissent tomber; ils ne peuvent pas écrire; ils ont

un peu de tremblement ~~du tact~~ des mains; ils ont de la difficulté pour former certains mots; ils ont du tremblement dans les jambes; ils trébuchent; ils ne sont pas solides; ils ont de l'ataxie; ils marchent d'une manière inégale; ils inclinent à droite ou à gauche; ils penchent en avant; ils ont une altération de la motilité, qui varie suivant les jours ou les moments. Il en est de même de la sensibilité, qui est pourtant moins atteinte que la motilité. Certains malades ont de l'anesthésie incomplète ou générale plus ou moins intense; d'autres ont de l'hyperesthésie. Les auteurs anglais ont même attribué à cette hyperesthésie de certains paralytiques, la dis=
=position qu'ils ont à se déshabiller, à se mettre tout nus. Il y a eu en Angleterre plusieurs mémoires publiés à ce sujet, pour faire voir que les paralytiques se déshabillent, en vertu d'une hyperesthésie de la peau. Ils ont une telle disposition à la sensibilité de la peau, qu'ils ne peuvent pas supporter même le poids des vêtements. Quoi qu'il en soit de cette inter=
=prétation particulière, ce fait d'hyperesthésie est certain dans quelques cas. Certains malades ont de plus, de l'incontinence des urines; ils deviennent gâteux,

même dès cette première période. Ce symptôme est très-inégal, selon les malades et les moments. Il y a des malades qui ont été gâteux, et qui cessent de l'être pendant un certain temps; d'autres qui le sont d'une manière intermittente. Je parle toujours de la première période, bien entendu. Plus tard, quand les malades marchent vers la démence et vers la mort, l'incontinence devient le fait habituel, le fait constant, de même que dans la paralysie l'embarras de la parole, et tous les autres symptômes physiques. C'est après cette première période que surviennent ordinairement les rémissions dont je vous ai parlé tout à l'heure. Les malades peuvent, dans un certain nombre de cas, rentrer dans leur famille ou dans la société; mais il en est d'autres au contraire, qui ne quittent jamais les asiles d'aliénés. Il y a des malades qui, une fois entrés dans la voie de la paralysie progressive, continuent constamment leur marche vers la démence et vers la mort. C'est-là le fait le plus habituel, le fait le plus fréquent. Il y a donc à étudier, dans la paralysie générale, une seconde, une 3e période pour les mettre en regard avec la première

période dont je viens de vous parler aujourd'hui. L'étude de cette seconde et de cette troisième périodes, que je ferai très-rapidement, parceque le temps ne me permettra pas de la développer, cette étude fera l'objet de la prochaine séance avec l'étude des causes, de l'anatomie pathologique et des diverses circonstances qui sont utiles à connaître dans l'histoire de la maladie. Dans la ~~dernière~~ prochaine séance, je terminerai le cours de cette année.

(Applaudissements.)

22e Leçon.

3 Février 1877.

Messieurs,

Je vais terminer aujourd'hui le cours de cette année. J'ai à vous parler de la paralysie générale. Déjà, dans deux séances précédentes, j'ai étudié les périodes prodromiques, les premières périodes, et la première période ou période d'état de cette paralysie spéciale. J'ai à m'occuper aujourd'hui de la seconde et de la troisième périodes. J'étudierai ensuite très-rapidement les causes, l'anatomie pathologique et le diagnostic différentiel.

Je me suis arrêté, à la dernière séance, à la période d'état de la paralysie générale qui se présente comme je vous l'ai dit, sous des formes diverses, tantôt sous la forme dite monomaniaque, c'est-à-dire sous la forme du délire de grandeur avec conceptions délirantes multiples, mobiles et

contradictoires, tantôt sous la forme mélancolique, sous la forme de démence simple, ou sous la forme maniaque, car la paralysie générale peut présenter ces diverses formes là; comme je vous l'ai déjà dit plusieurs fois, elle réunit en elle seule, en elle-même toutes formes connues et admises des maladies mentales; elle peut se présenter sous la forme mélancolique, sous la forme monomaniaque, sous la forme maniaque ou sous la forme démente; mais malgré ces diversités de forme, le fond de la maladie reste le même; la maladie est essentiellement caractérisé au physique par une paralysie générale incomplète et progressive; et au moral, par un état de démence à divers degrés. Ces deux caractères sont des caractères essentiels de la paralysie générale: la paralysie générale incomplète et la démence. Ces deux phénomènes augmentent d'intensité à mesure que la maladie marche vers la terminaison et vers la mort; mais cette augmentation d'intensité est loin d'être régulièrement progressive. C'était une idée fausse, acceptée autrefois, de croire que cette maladie avait une marche essentiellement continue. Il n'en est rien, comme je vous l'ai déjà dit, elle présente

fréquemment des rémissions, et ces rémissions peuvent être assez prononcées pour simuler la guérison. J'ai insisté dans la dernière séance sur ce fait, en vous disant que Mr. Baillarger avait fait faire un progrès à l'étude clinique de la maladie, en démontrant par un grand nombre de faits que la paralysie générale présente parfois des rémissions qui peuvent passer pour des guérisons. Des malades rentrent alors dans le monde, ils rentrent dans leur famille ou dans la société avec un affaiblissement de l'in=telligence; mais avec un affaiblissement peu prononcé, avec un affaiblissement qui peut quelquefois même passer inaperçu pour un observateur peu attentif. C'est souvent à la suite d'une rémission de ce genre que les malades reviennent, après plusieurs mois, quelquefois après une année, reviennent dans les asiles d'aliénés; ils y reviennent ordinairement à la suite d'une attaque congestive ou convulsive. C'est un phénomène important dans la marche de la paralysie générale, et dont je ne vous ai point encore parlé. Le phénomène se produit à diverses périodes; il peut exister dans les premières périodes, mais ordinairement, ce n'est guère

que vers la seconde phase de la maladie que l'on commence à observer les paralytiques aliénés des attaques congestives ou convulsives. Ces attaques signalent souvent le passage de la première à la seconde période. Vous savez que, dans toutes les maladies, les périodes sont souvent assez mal délimitées, et elles ne peuvent pas être déterminées avec précision, mais malgré cela, c'est ordinairement, c'est par une attaque congestive que le malade passe d'une période à une autre. Mais cette attaque peut survenir après une rémission prolongée; et il y a deux manières d'arriver à la seconde période, la manière continue et la manière rémittente. Ces deux manières sont importantes à signaler. Il y a des malades qui sont rentrés dans leur famille et dans la société, et qui sont pris tout à coup, au milieu d'une santé apparente, d'attaque convulsive ou épileptique; à la suite de ces attaques qui durent quelques heures ou quelques jours, à divers degrés avec leurs suites, bien entendu, les malades arrivent à une période plus avancée de la maladie, les symptômes paralytiques deviennent plus intenses, l'embarras de la parole est plus marqué; la démence est plus avancée, les malades sont plus affaiblis au physique et au moral; ils arrivent alors à une période

plus avancée de la maladie. Cela a lieu souvent dans les asiles d'aliénés : un malade qui pouvait encore marcher, circuler, s'occuper dans une certaine mesure, à la suite d'attaques convulsives ou congestives, arrive à une période où il ne peut plus marcher que d'une façon incomplète, en tombant; il est moins solide sur ses jambes; cependant, il ne faudrait pas croire que dès ce moment les malades arrivent à une paralysie complète, car il y a un grand nombre de paralytiques même qui n'y arrivent jamais. Il y a des paralytiques dont le système musculaire s'affaiblit, qui sont tombants, incertains dans la marche, disposés à faire des chutes, à se laisser tomber, et qui, cependant, peuvent encore marcher, même quelques jours avant leur mort. Quoi qu'il en soit, les phénomènes paralytiques augmentent à mesure que la maladie avance vers sa terminaison fatale. A cette même époque survient ordinairement de l'agitation maniaque. La plupart des paralytiques arrivés à la seconde période deviennent agités, même ceux qui étaient très-tranquilles et très-calmes auparavant. Les paralytiques même qui présentent la forme de démence simple dont j'ai parlé, peuvent,

à la suite d'attaques congestives, acquérir de l'agitation. Or, cette agitation qui est presque constante, très-fréquente, dans la paralysie générale, se présente sous deux formes différentes, et peut consister en une simple agitation automatique, un besoin de mouvement instinctif. Les malades ont besoin de remuer les bras, les jambes, de s'agiter le jour et la nuit, de déchirer, de se déshabiller. L'action de déchirer et de se déshabiller est un fait très-fréquent dans le cours de la paralysie générale. Les malades ont une tendance à rejeter leurs vêtements. Ils semblent avoir ce que l'on pourrait appeler la carphologie de l'homme debout; de même que dans les affections cérébrales aiguës, encéphalites, méningites; il y a le phénomène qui est connu sous le nom de carphologie, besoin de ramasser, d'effiler les couvertures, d'effiler des vêtements, de remuer sans cesse les mains, ~~comme de ramasser de petits objets~~, pour ramasser les petits objets qui peuvent tomber sous la main des malades. Le même phénomène existe chez les paralytiques qui marchent; ils ne sont pas au lit; ils ne sont pas couchés; mais malgré cela, ils ont un besoin instinctif de mouvements musculaires, automatiques. C'est une forme d'agitation; mais il y en a d'autres qui

ont une véritable agitation maniaque ; ceux-là parlent beaucoup à haute voix, au point d'arriver à l'extinction de voix ; ils crient, ils chantent ; ils sont extrêmement agités le jour et la nuit. Il y a des malades qui, à cette période, peuvent plusieurs mois, le jour et la nuit, dans un état d'agitation incessante. On a employé contre ces agitations temporaires de la para=lysie générale divers moyens thérapeutiques, l'opium, la morphine, le chloral, et enfin le bromure de potassium. Le bromure de potassium paraît être le moyen qui réussit le mieux aujourd'hui pour calmer ces agitations au=tomatiques des paralytiques généraux. Cependant cette agitation est souvent incoercible ; mais le bromure arrive à la dominer, à la diminuer dans une certaine mesure, quand il ne la fait pas cesser complètement. C'est un médicament utile dans cette période pour diminuer l'intensité de l'agitation, surtout pendant la nuit. Quoi qu'il en soit, cette agitation est souvent presque incoercible, et la morphine en particulier n'a aucune action sur cet état d'agitation cérébrale. On a administré l'opium et la morphine à doses toxiques, à doses extrêmement élevées, soit par injections hypodermiques,

soit par la bouche, soit en lavements; mais on n'arrive pas à calmer l'agitation. Le bromure est le moyen qui réussit le mieux dans ces conditions spéciales. Cette agitation est un caractère essentiel de la paralysie générale à la seconde période; elle peut durer très-long temps. Ces malades restent souvent cinq ou six mois dans cette période d'agitation automatique à divers degrés. Mais, plus tard, à mesure que la maladie progresse, ils arrivent peu à peu à la paralysie plus complète. Cette paralysie n'est jamais complète absolument parlant, mais elle est plus ~~avancée~~ prononcée. Le malade peut arriver à un point où il est incapable de marcher; non seulement, il marche avec peine, comme quelques-uns d'entre eux, soutenus par un ou deux gardiens; mais il en est un certain nombre qui ne peuvent pas marcher du tout. C'est un phénomène qui caractérise la troisième période de la maladie. Les malades sont assis sur un fauteuil, sur un fauteuil percé, parce qu'ils ont une incontinence perpetuelle d'urine et des matières fécales et les jambes refusent leur service; ils ne peuvent plus marcher. Cette période peut durer très-long temps. Il y a des malades qui, pendant plusieurs semaines,

d'autres pendant plusieurs mois restent à ce degré, au 3e degré et la paralysie générale. Dans ce degré l'intelligence est très-affaiblie, en même temps que les forces physiques ont diminué, ont baissé, en même temps qu'elles ont disparu. Les forces intellectuelles ont également diminué d'une façon extrêmement notable; la mémoire est presque nulle, le malade ne reconnait plus les personnes; il reconnait à peine les objets qui l'entourent; il conserve encore quelques mots qu'il répète machinalement, quelques membres et phrases; il peut à peine répondre aux questions qu'on lui adresse, il ne sait plus son nom, il ne sait plus son âge, il ne sait plus l'époque de l'année, la date; la démence est aussi complète que possible, malgré cela, même à cette période, on voit encore surnager quelquefois certaines idées provenant des périodes antérieures. Un malade qui est même à cette époque avancée de la maladie conserve encore certaines idées de grandeur, il se croit roi, empereur, il conserve l'idée des millions, des milliards, et il marmotte entre ses dents ces expressions indiquant son ancien délire qui persiste malgré la démence très-avancée. Ce n'est que

dans la période tout à fait terminale que la maladie arrive à la suppression complète de la pensée et de la parole; mais dans beaucoup de cas, même peu de jours avant la mort les malades parviennent encore à exprimer quelques idées délirantes, ou, du moins, dans un certain nombre de cas. Pour bien comprendre cette marche très irrégulière, très inégale de la paralysie générale, variable selon les individus, et chez les mêmes individus selon les moments, il faut comparer cette maladie à la phthisie pulmonaire que nous avons occasion d'observer, malheureusement très souvent. Eh bien! la phthisie pulmonaire qui est connue de toute antiquité, qu'on a connue avec ses différentes phases, nous représente exactement l'inégalité de la marche de la paralysie générale. Nous avons certains phthisiques qui sont atteints de la phthisie galopante, et qui, en très peu de temps, dans un état fébrile aigu, marchent vers une mort extrêmement rapide, avec des phénomènes extrêmement intenses état fébrile, sueurs nocturnes, expectoration abondante, tous les symptomes sont réunis, et conduisent le malade au tombeau en quelques mois; il en est de même de la paralysie générale aiguë. Il y a des phthisiques,

au contraire, qui ont des périodes de crise, et de rémission, d'amélioration après des périodes de plusieurs mois pendant lesquels il s'est formé des cavernes; il y a eu hémoptysie oppression considérable, sueurs nocturnes, et tous les symptômes de la phthisie, en un mot, à un très-haut degré; après une période de plusieurs mois dans cet état, il survient, il s'opère une sorte de réparation temporaire, les cavernes finissent par se vider; elles se cicatrisent, et souvent pendant assez long temps, le malade reprend une partie de la santé antérieure, soit à la suite d'un voyage, soit à la suite d'une station thermale, d'un voyage sur mer, dans des conditions hygiéniques plus favorables; le malade revient à la santé pendant un certain temps, jusqu'à ce qu'une nouvelle poussée tuberculeuse se produise et détermine de nouveaux accidents. Eh bien! c'est la même chose dans la paralysie générale. Nous avons des malades qui marchent continuellement vers la mort; il y en a d'autres, au contraire, qui marchent par rémission, et par état paroxystique. Il y a donc également dans ces cas, des poussées congestives vers la surface du cerveau.

Pendant la période de congestion intense, les symptômes

paralytiques, les symptômes de démence et d'agitation maniaque sont extrêmement prononcés. Plus tard, au contraire, il s'opère une sorte de réparation temporaire dans le travail anatomique cérébral, et le malade reprend peu à peu une partie de ses facultés; il est rare qu'il les reprenne complètement, il y a toujours un abaissement intellectuel, il y a quelques symptômes physiques qui persistent; mais enfin, le malade est tout différent de ce qu'il était pendant la période de crise et d'accès; et c'est à la suite de plusieurs poussées congestives du même genre que le malade marche progressivement, et par soubresauts en quelque sorte vers la démence et vers la mort. En comparant la marche de la paralysie générale à celle de la phthisie pulmonaire, on peut mieux comprendre ces inégalités dans l'intensité des divers symptômes de la maladie. Il y a des paralytiques qui vivent très-longtemps. On croyait autrefois que cette maladie n'avait qu'une durée de trois ans en moyenne; mais on a été obligé de revenir sur cette opinion trop absolue. Il y a des paralysies générales qui durent neuf ans, dix ans. Ce sont les cas exceptionnels; mais ces cas méritent de figurer dans l'histoire de la maladie.

C'est donc une maladie très-chronique et qui présente de grandes inégalités dans son cours. Il est rare que le malade meure par suite de l'évolution naturelle de la maladie cérébrale. Il y a quelques paralytiques généraux qui arrivent à un état d'atrophie cérébrale très-avancée, et qui meurent dans le marasme; mais ces cas sont rares. En général les paralytiques meurent par complication, par complication cérébrale, com=plications provenant des autres organes. Les complications cérébrales suivent les attaques con=gestives et convulsives. Beaucoup de paralytiques meurent dans des attaques ils perdent connaissance; ils ont des congestions très-intenses qui durent plusieurs heures, quelquefois, plusieurs jours. A la suite de ces congestions, de ces convulsions, le malade meurt par l'effet de la maladie cérébrale. Dans d'autres cas, c'est par des maladies incidentes. Il y a des paralytiques qui meurent par pneumonie, dyssenterie, diarrhée Colliquative ~~[illegible]~~, ou bien par des eschares, modes de terminaison de la maladie assez fréquents; les malades laissant aller sous eux leurs urines, étant obligés de garder le lit, ou étant assis constamment sur un

fauteuil, s'écorchant le siège; il se forme des eschares qui proviennent du décubitus; mais souvent aussi, de l'état général de la nutrition; car les eschares peuvent se produire dans des points qui ne sont pas en contact avec les objets extérieurs. Beaucoup de paralytiques meurent dans un état de marasme avec eschares, au siège ou dans diverses parties du corps. Il en est d'autres enfin qui par suite de la paralysie du pharynx et de la difficulté de la déglutition, s'étouffent en mangeant, ils meurent par l'arrêt du bol alimentaire. C'est encore un mode de terminaison de la maladie assez fréquent.

Quoi qu'il soit, cette maladie aboutit toujours à la mort dans un temps plus ou moins rapproché; elle est incurable en elle-même. Cependant on admet aujourd'hui qu'il est possible d'enrayer la marche, d'obtenir une suspension plus ou moins prolongée de la maladie.

Après ces indications nécessairement très-rapides, très-insuffisantes sur la marche de la maladie, j'ai à vous parler de ses causes. Dans la plupart des maladies mentales les causes ont été étudiées d'une manière générale. On a admis des causes prédisposantes et des causes occasionnelles qui sont à peu près les mêmes pour

toutes les formes de maladie mentale. Comme cause prédisposante, l'hérédité, comme causes occasionnelles, les chagrins, les émotions, la frayeur, etc, toute la série des causes qui composent l'étiologie des maladies mentales. Mais pour la paralysie générale, on peut faire une étiologie spéciale. Cette maladie est spéciale non-seulement par les symptômes et les lésions anatomiques, mais même aussi par ses causes. C'est une maladie qui est moins souvent héréditaire que les autres maladies mentales; on ne peut pas dire qu'elle ne le soit jamais, il y a des malades qui ont dans leur famille des aliénés ou des paralytiques; il y a d'autres malades atteints d'affections cérébrales organiques. On trouve, en remontant chez les ascendants des paralytiques, des antécédents héréditaires; mais on en trouve beaucoup moins que chez les autres aliénés. La paralysie générale est une maladie que nous voyons naître souvent sous nos yeux, à la naissance de laquelle nous pouvons assister successivement. L'étiologie spéciale a donc une plus grande importance que dans les autres formes de maladies mentales. Il y a cependant une remarque à faire; que l'hérédité existe plus souvent dans la voie

descendante que dans la voie ascendante. Il arrive que des descendants de paralytiques aliénés sont atteints d'affections cérébrales ou nerveuses, tandis que nous assistons à la naissance de la maladie. Il en est de même de la phthisie. Nous voyons certains phthisiques se former sous nos yeux, tandis qu'il en est d'autres qui sont le produit de l'hérédité chez les ascendants. L'étiologie particulière de la paralysie générale peut se réunir sous deux groupes principaux. Le 1er de ces groupes consiste dans l'excès de dépense des forces nerveuses. La plupart des paralytiques ont dépensé de la force nerveuse outre mesure, soit par des excès de travail, soit par des excès sexuels, des excès alcooliques, des veilles, de l'insomnie, par une exubérance d'activité intellectuelle, d'activité cérébrale. C'est-à le fait principal qu'on retrouve chez la plupart des paralytiques. L'autre fait, c'est l'élément congestif. La paralysie générale est une maladie essentiellement congestive. Or, toutes les causes qui peuvent déterminer la congestion du sang vers le cerveau, peuvent produire la paralysie générale. Mr. Baillarger a surtout insisté sur cet ordre de causes, Mr. Lunier, dans ses mémoires sur la paralysie générale, a étudié avec soin les diverses professions ou circonstances

qui peuvent favoriser la congestion du cerveau et donner naissance à la paralysie générale. Mr Lunier et M. Baillarger ont noté ce fait que cette maladie était très-fréquente dans certaines professions qui ont pour résultat de porter le sang à la tête : les souffleurs, les cuisiniers placés en rapport avec une haute température. On a également attribué cette maladie souvent à l'insolation, à l'influence de la chaleur solaire également à la suppression des hémorroïdes ou des règles. Mr Baillarger a étudié surtout cette étiologie de la paralysie générale au point de vue des congestions ; M. Lunier a fait remarquer que les ascendants des paralytiques aliénés avaient souvent été atteints de paralysie générale ; qu'il y avait hérédité congestive dans la famille, et que cette hérédité était plus puissante que dans les autres maladies ; qu'il y avait plutôt chez les ascendants des personnes atteintes de congestion cérébrale que d'aliénation mentale proprement dite, qu'il faut rattacher cette maladie plutôt aux maladies cérébrales qu'aux folies proprement dites.

Cette maladie a encore quelques circonstances particulières d'étiologie : d'abord, l'âge. C'est une maladie qui ne s'observe pas dans l'enfance ni dans la jeunesse ;

on ne l'observe qu'à partir de l'âge de 25 ans, et encore les cas de paralysie générale à 25 ans sont extrêmement rares. C'est à partir de 30 ans qu'on commence à constater géné=
=ralement l'existence de la paralysie générale; depuis 30 jusqu'à 45, c'est dans cette limite de 15 années de l'âge adulte que survient surtout la paralysie générale. Cette maladie est donc une maladie de l'âge adulte, de l'âge mûr, plutôt qu'une maladie de la vieillesse. Dans l'âge avancé, on a des hémorragies cérébrales, des ramollissements, des maladies organiques du cerveau; mais on est très souvent atteint de paralysie générale vraie. C'est une maladie de l'âge adulte, de l'âge mûr.

Autre circonstance: cette maladie est bien plus fréquente chez l'homme que chez la femme, dans une pro=
=portion énorme, trois ou quatre fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Cette proportion est même plus grande dans certaines conditions particulières. Dans les grandes villes on observe la paralysie générale chez la femme. Dans les petites villes ou dans les campagnes, on ne la rencontre presque jamais chez la femme. Dans les grandes villes, cela tient à des conditions spéciales: les femmes des grandes villes se trouvent dans certains rapports,

dans des conditions analogues à celles des hommes. Les excès sexuels, les excès alcooliques, les excès d'insomnie, de veille et de travail peuvent s'observer chez la femme comme chez l'homme. Ainsi à la Salpêtrière, par exemple, on observe un certain nombre de paralytiques aliénées, tandis qu'en province, les paralytiques femmes se rencontrent très-rarement, elles sont très-peu fréquentes chez les femmes. On a fait cette observation particulière, que la paralysie générale survient surtout chez les filles publiques, chez les femmes entretenues, chez les femmes qui ont une vie aventureuse, agitée et avec des excès sexuels et de tous les jours. Dans les classes bourgeoises, au contraire, dans les classes élevées, la paralysie générale n'existe presque jamais chez la femme. Ainsi, dans nos maisons de santé particulières, il est très-rare d'observer une paralytique générale femme, tandis que chez les hommes, c'est très-fréquent. C'est ce qu'on observe également à Charenton. La paralysie générale constitue presque la majorité de la population des hommes, tandis que chez les femmes elle est beaucoup plus rare, et ne se produit guère chez les femmes que dans les conditions que je viens d'indiquer;

chez les femmes qui ont une existence irrégulière, une existence tout à fait accidentée, aventureuse et avec des excès nombreux.

Une autre circonstance étiologique importante est celle-ci : la paralysie générale est une maladie des grands centres de population, des grandes villes : il y en a beaucoup à Paris, à Londres, à Berlin, à Vienne, dans toutes les grandes villes, et on pourrait dire que son nombre est proportionné à la grandeur des villes ; plus une ville a de population plus elle a de chance d'avoir des paralytiques généraux et dans une proportion qui excède de beaucoup la proportion de la population, tandis que dans les campagnes la paralysie générale n'existe presque jamais. Il y a certains asiles de province qui recrutent leur population principalement parmi les gens voués au travail agricole, qui n'ont presque pas de paralytiques généraux. On en trouve 2 ou 3 sur 2 ou 300 malades, tandis que dans les grandes villes, la paralysie générale est une maladie extrêmement fréquente. Il en est de même chez les différents peuples : les peuples les plus civilisés sont ceux qui offrent le plus d'exemples de la paralysie générale, et en proportion, en quelque sorte, de l'activité

intellectuelle ou de l'activité physique de ces diverses populations. Il y a donc, vous voyez, dans l'étiologie de la paralysie générale, des caractères spéciaux qui la distinguent de l'étiologie des autres formes de folie. C'est une maladie dont nous connaissons mieux l'étiologie spéciale que celle de la plupart des autres maladies mentales. Il en est de même de l'anatomie pathologique. Tandis que l'anatomie pathologique générale de la folie laisse beaucoup à désirer, celle de la paralysie générale est bien plus avancée, et nous avons là des données assez certaines, assez positives. C'est par la paralysie générale qu'on a commencé l'étude des lésions anatomiques chez les aliénés. On a découvert chez les paralytiques des lésions nombreuses des méninges et de la surface du cerveau; rien que par l'observation ordinaire, visuelle, nos devanciers avaient constaté, depuis l'origine, des lésions très-fréquentes, presque constantes des méninges et de la surface corticale. Les méninges sont épaissies, adhérentes, opaques, il y a méningite chronique. C'est ce que Bayle et Calmeil avaient constaté et qui a été constaté par tous ceux qui ont étudié l'anatomie de cette maladie.

De plus, ces méninges épaissies, oedématiées, congestionnées, adhèrent à la surface corticale du cerveau, il y a toujours quelque adhérence. Lorsque vous enlevez les méninges avec la pince à dissection, vous arrachez de temps en temps quelques petites portions de la substance cérébrale, de la substance corticale, et la substance cérébrale se détache par petites portions de manière à se décortiquer : c'est une expression qui rend bien compte de cela. Il y a de petites portions de la substance grise arrachées avec les méninges, et qui laissent sur la surface des circonvolutions, des dépressions, des villosités ressemblant à la décortication d'un arbre, à l'enlèvement d'une pellicule, d'une écorce, comme dans le platane ou dans d'autres espèces végétales. Cela existe surtout sur les lobes antérieurs, mais dans certains cas, cela peut exister sur la surface du cerveau, surtout dans la partie médiane, dans le voisinage de la dure mère. Cet enlèvement indique un ramollissement de la couche corticale du cerveau. Ce ramollissement est le fait pathognomonique de la paralysie générale, comme l'a dit Parchappe. C'est un fait presque constant chez les paralytiques aliénés, surtout, lorsque la maladie a duré assez longtemps; il y a presque toujours

un ramollissement de la substance grise superficielle. M. Parchappe a même établi que ce ramollissement existait dans la couche moyenne de la substance corticale. On admettait six couches de la substance corticale, et c'est la partie moyenne qui est atteinte. C'est pourquoi, elle adhère avec les méninges; elle existe tantôt sur les lobes antérieurs seulement, tantôt sur tout le cerveau. La substance corticale est décolorée, elle est pâle, d'un gris extrêmement opale, tendant vers le blanc, elle a perdu sa coloration naturelle. Il y a là des décolorations successives qui indiquent les divers degrés de la lésion. Indépendamment de cette lésion de la substance corticale qui est une lésion essentielle, principale, on constate dans la paralysie générale ordinairement, surtout dans les périodes avancées, une induration de la substance blanche; ce fait avait déjà été signalé par M. Delaye en 1824, dans sa thèse, et par M. Foville père. Il a été vérifié par d'autres observateurs. Ce fait n'existe pas dans les premières périodes de la maladie; du moins, il est plus difficile à constater. Mais, quand la maladie est avancée, il est presque constant. M. Baillarger

fait remarquer avec raison, que, dans certains cas de paralysie générale ancienne, on pouvait, en grattant les lobes antérieurs avec le manche du scalpel, enlever une partie de la substance cérébrale, et laisser subsister des portions de substance blanche formant comme des végé=tations, comme des crêtes indurées qui restent seules, alors qu'on a gratté la partie supérieure du cerveau. M. Regnard a fait, à ce sujet un travail dans les annales pour constater cette lésion spéciale dans la substance blanche, dans les cas avancés de la paralysie générale.

Il y a encore d'autres lésions assez fréquentes : c'est l'altération comme chagrinée de la membrane qui tapisse les ventricules. Lorsqu'on ouvre le cerveau, dans les ventricules latéraux on constate que la surface de ces ventricules est comme chagrinée. Il y a comme des villosités, de petits tubercules, des saillies qui sont un fait presque constant dans la paralysie générale. M. Joire, de Lille, a considéré cette lésion comme pathognomonique ; il est certain qu'elle est très-fréquente.

Telles sont, en peu de mots, les lésions les plus habituelles dans la paralysie générale ; mais ces lésions sont celles qu'on a constatées à l'aide de la vue. Le microscope est venu compléter ces observations, et donner des éléments

recours pour l'appréciation des lésions dans la paralysie générale. Cette étude a été très bien faite dans les dernières années, soit en Allemagne, soit en France, et on est arrivé à cette conclusion générale qu'il y a en quelque sorte trois périodes dans l'évolution des lésions cérébrales: dans la paralysie générale: première période, période congestive de la surface; c'est une période qui laisse peu de traces à l'autopsie, et cependant elle est facile à constater. Les méninges sont gorgées de sang, les veines ~~[illegible]~~ de la Pie-mère sont injectées; il y a quelquefois une coloration bleuâtre de la surface du cerveau. Dans la seconde période, il y a ramollissement de la substance grise corticale: c'est la période d'état bien caractérisé de la maladie; et dans la troisième période, il y a diminution, et presque disparition successive de la substance grise corticale. La couche de la substance grise disparaît progressivement, au point de disparaître complètement, dans certains cas très-chroniques et pendant qu'il se fait un ramollissement très-marqué de la substance grise corticale; il se fait parallèlement une induration ou un état de sclérose de la substance blanche qui est sous les circonvolutions. C'est cet

état de sclérose qui a été très bien étudié par le microscope, soit par les auteurs français, soit par les auteurs allemands. En France, M. Magnan a surtout insisté dans des thèses et dans des travaux successifs sur ces lésions anatomiques de la paralysie générale; il les a bien décrites; il les a étudiées au microscope et parfaitement décidées et reproduites. C'est dans les travaux de M. Magnan que vous pourrez trouver des détails que le temps ne me permet pas de vous donner sur ces lésions particulières de la substance blanche dans la paralysie générale. Ces lésions ont été comparées avec juste raison à ce qui a lieu dans le foie pour la cirrhose, et dans le rein pour la maladie de Bright. Il y a là un travail du même ordre, un travail de disparition de la substance cérébrale avec épaississement du tissu interstitiel qui comprime les tubes nerveux, et les fait disparaître peu à peu; dans une période ultime la substance nerveuse est même remplacée par de la graisse, absolument comme dans l'évolution de la cirrhose, ou dans la maladie de Bright. On a assimilé les deux évolutions pathologiques avec raison. M. Westphal, à Berlin et M. Magnan, à Paris, ont insisté sur l'existence de cette lésion qui se produit également dans la moelle et dans le cerveau. Il y a là un double travail en sens

inverse selon les cas. Il y a certains cas où la maladie paraît transportée dans la moelle, et où les lésions sont surtout constatées dans la substance nerveuse médullaire avant d'être constatées dans le cerveau ; d'autres cas, au contraire, cette lésion existe d'abord dans le cerveau, et se prolonge peu à peu vers la moelle. Ce sont des faits anatomiques que M. Westphal et M. Magnan ont parfaitement établis, et qui n'étaient pas connus de nos devanciers. Il y a donc dans l'anatomie pathologique de la paralysie générale certains faits qui peuvent servir de point de repère et qui permettent d'affirmer que cette maladie est une maladie spéciale, qui a des caractères anatomiques qui lui sont propres, de même qu'elle a des caractères symptomatiques, des caractères de marche, les caractères étiologiques spéciaux. C'est donc une maladie spéciale qui repose sur un ensemble de phénomènes constants.

Ceci nous amène à parler du diagnostic différentiel. Le diagnostic différentiel est une partie très-essentielle dans l'étude de la paralysie générale. C'est pour l'avoir négligé qu'on a confondu jusqu'à nos jours des maladies extrêmement diverses sous le même nom vague de paralysie générale. Il suffit qu'une maladie se présente avec une paralysie plus

ou moins généralisée et avec un degré quelconque de démence pour que, tout de suite, on le dise atteint de paralysie générale des aliénés. Eh bien! ces deux symptômes: paralysie généralisée et démence ne suffisent pas pour caractériser la maladie. Il y a des affections chroniques du cerveau ou de la moelle, ou même de la substance nerveuse périphérique, qui peuvent donner lieu à de pareils symptômes, et qui ne sont pas la paralysie générale des aliénés. C'est pour avoir confondu ces différentes maladies, qu'on a établi dans la science ces descriptions informes qui existent aujourd'hui dans beaucoup d'ouvrages, où la paralysie générale est décrite avec des caractères tellement vagues qu'il est impossible de la reconnaître. Cela tient à ce qu'on a englobé sous le même nom des faits très différents. Le diagnostic différentiel est donc essentiel. Pour bien établir ce diagnostic il faut d'abord bien préciser les caractères de la paralysie comme je vous l'ai déjà dit; dans la paralysie générale le fait que l'on observe, le fait dominant, ce n'est pas une véritable paralysie; c'est un état d'ataxie, d'incoordination des mouvements. Le phénomène musculaire, ce symptôme se rapproche plus de la chorée, du tremblement et des mouvements irréguliers de l'ataxie que de la paralysie proprement dite. Mais la paralysie générale est un mot

très-mal choisi parcequ'il donne une idée très-fausse de la nature du symptôme principal. Il y a incoordination dans les mouvements, il y a irrégularité, absence de précision dans les mouvements, beaucoup plus que paralysie vraie. C'est un fait très-important pour le diagnostic différentiel. Cette paralysie est générale; mais elle est générale dès le début. Elle n'est pas progressive en étendue, mais en intensité. Ce n'est pas comme dans les maladies de la moelle où la paralysie commence par les extrémités inférieures et remonte peu à peu jusqu'à la tête; dans la paralysie générale des aliénés, l'imprécision des mouvements se produit aussi bien dans les membres supérieurs que dans les membres inférieurs et dans les muscles de la ~~face~~ langue ou de la face. C'est une paralysie qui est généralisée et qui pourtant est incomplète; c'est une paralysie générale et incomplète et incomplète jusqu'à la fin, car les mêmes malades qui ne peuvent pas marcher, qui restent au lit, assis sur un fauteuil, peuvent encore remuer les bras et les jambes, et peu de jours avant leur mort, les paralytiques ne sont pas complètement paralysés; les paralytiques aliénés n'ont jamais une paralysie complète, comme dans d'autres affections médullaires ou

cérébrales; ils peuvent encore émaner diverses parties du corps; la paralysie est toujours incomplète même jusqu'à la fin. De plus, il y a toujours de l'embarras dans la parole. L'embarras de la parole existe dès le début et à divers degrés; on peut le constater dans d'autres phases de la maladie. Cette maladie a donc des symptômes qui lui sont propres. De plus, il y a quelques phénomènes qui n'existent pas dans la para=lysie générale, ou qui existent très-peu, et qui se rencontrent beaucoup dans d'autres affections du cerveau, par exemple les lésions des sens. l'amaurose, la surdité, la perte de l'odorat; les lésions des sens sont un fait rare dans la paralysie générale, tandis qu'elles sont très-fréquentes dans les autres affections du cerveau. Dans les hémorragies cérébrales, dans les ramollissements, on observe souvent des troubles des sens, tandis que dans la paralysie générale des aliénés ces faits sont rares, exceptionnels. Il en est de même de l'hémiplégie. L'hémiplégie parfaitement caractérisée, complète, qui est dans beaucoup d'affections cérébrales est un fait rare dans la paralysie générale, et un fait temporaire quand il existe. Il y a des paralytiques généraux qui penchent tantôt à droite, tantôt à gauche, tantôt en avant, tantôt en arrière. Ces phénomènes paralytiques varient; Il en est qui ont une hémiplégie

incomplète à la suite d'attaques; mais ces phénomènes varient; ils n'ont pas la constance et l'intensité qu'ils présentent dans les autres affections cérébrales. Il en est de même des phénomènes de la sensibilité: l'hypéresthésie, l'anesthésie, très-intenses d'autres affections du cerveau et du système nerveux sont très-peu marqués dans la paralysie générale, il y a très-peu d'anesthésie ou d'hypéresthésie, ou les phénomènes sont temporaires, ils n'ont pas d'intensité, et ils ne sont pas caractéristiques comme dans les autres affections du cerveau ou du système nerveux.

Indépendamment de ces caractères généraux, il faut passer en revue rapidement la plupart des maladies qui peuvent se confondre avec la paralysie générale. Et d'abord, les maladies cérébrales: l'hémorragie cérébrale, par exemple. Vous savez que dans l'apoplexie il y a une attaque subite précédée de quelques prodromes récents, que cette attaque subite est suivie presque toujours d'une hémiplégie d'abord complète pour tous les cotés du corps frappé, qui va en diminuant très-lentement, qui diminue plutot dans la jambe que dans le bras, et qui persiste presque toujours jusqu'à une nouvelle attaque. Voilà le caractère tout à fait spécial de l'apoplexie.

qui ne se rencontre pas dans la paralysie. De plus, dans la paralysie générale, l'intelligence peut ne pas être détruite, il y a beaucoup d'apoplectiques qui conservent leur intelligence, ou bien, lorsqu'ils perdent la mémoire des mots, de certains noms, ils ne perdent pas l'intelligence tout entière. L'altération des facultés est toute différente de celle qui existe dans la paralysie générale. Il en est de même du ramollissement du cerveau. Dans le ramollissement du cerveau vous avez plusieurs poussées congestives, vous avez des attaques successives; mais l'intelligence baisse de niveau. Le malade a de la démence, il a des symptômes paralytiques très-nombreux, il a de la céphalalgie, des vomissements, des phénomènes hémiplégiques; il a une démence très-avancée; il a des symptômes qui sont tout différents de ceux de la paralysie générale.

Pour les tumeurs cérébrales, c'est encore plus frappant, la différence est encore plus saillante. L'hémiplégie est ordinairement intense, il a des attaques épileptiques qui surviennent de temps en temps avec céphalalgie très-prononcée et avec des intervalles dans lesquels le malade jouit de la plupart de ses facultés; il n'y a pas de comparaison possible avec la paralysie des aliénés comme nous les observons dans les asiles d'aliénés. Les confusions sont encore moins possibles avec les maladies

de la moelle, et cependant elles ont eu lieu assez souvent. Il y a des malades atteints de maladie de la moelle, surtout de paralysie générale ascendante, qui ont été considérés comme atteints de paralysie générale des aliénés; mais dans ce cas cela débute par les parties inférieures, par la paraplégie et l'incontinence d'urines, et la maladie remonte vers le tronc et vers le cerveau. Ce n'est que dans les dernières périodes de la maladie, qu'il survient de la démence ou du trouble des nerfs sensoriaux, des nerfs crâniens. Il n'y a donc pas de confusion possible. La confusion n'est possible que pour ces cas rares dont je vous ai parlé où la paralysie générale des aliénés débute par une forme médullaire. A cette première période la confusion est possible; mais plus tard, le diagnostic s'établit naturellement par des phénomènes cérébraux par des troubles particuliers de l'intelligence, par l'apparition des idées de grandeur ou par des délires spéciaux ou, par la marche ultérieure de la paralysie générale. Les confusions les plus faciles à faire sont celles qui portent sur les diverses intoxications. On a étudié depuis une trentaine d'années certaines intoxi=cations qui ressemblent à la paralysie générale

progressive. Les intoxications par le mercure, l'arsenic, le plomb, le sulfure de carbone et d'autres substances, présentent, en effet, beaucoup d'analogie avec la première période de la paralysie générale, dans laquelle dominent surtout les phénomènes paralytiques. Les diverses intoxications donnent lieu à un tremblement général incomplet, quelquefois à de l'embarras de la parole; il y a quelques phénomènes d'hypéresthésie et d'anesthésie passagers, et il y a un affaiblissement du cerveau qui peuvent être pris pour la paralysie générale, on comprend qu'il ait pu y avoir quelques confusions; mais les symptômes que je vous ai indiqués servent au diagnostic différentiel. Il y a en effet un tremblement plus intense que dans la paralysie générale; l'embarras de la parole n'existe pas toujours; il y a souvent de l'hémiplégie, il y a lésions des sens; il y a anesthésie ou hypéresthésie plus prononcée; par l'ensemble des faits physiques et moraux, on peut arriver assez facilement au diagnostic différentiel. Ce qui est plus difficile, c'est de distinguer certains cas d'alcoolisme chronique d'autres cas de paralysie générale. Ici, le diagnostic est très difficile, et dans quelques cas, il faut souvent un temps assez prolongé pour établir la distinction. Quelques auteurs même ont

établi la confusion entre l'alcoolisme chronique et la paralysie générale. Pour certains auteurs, cette maladie différerait au début par la cause, par la marche; mais elle aboutit en définitive au même résultat, c'est-à-dire à la paralysie générale et à la démence. C'est un fait encore douteux dans l'état de la science de savoir si l'alcoolisme chronique diffère en tout cas de la paralysie générale, mais l'anatomie, l'étude des lésions anatomiques prouve, indépendamment des symptômes, qu'il y a une différence fondamentale, car les lésions trouvées dans le cerveau des alcooliques chroniques ne ressemblent pas aux lésions habituelles de la paralysie générale. Il y a là des différences assez notables, qui ont été très bien étudiées également, en particulier par M. Magnan.

La confusion a été faite également entre la paralysie générale et certaines maladies nouvellement étudiées, comme l'atrophie musculaire progressive, l'ataxie locomotrice et d'autres affections générales périphériques. M. Duchenne, de Boulogne, qui a bien étudié cette maladie, dans des mémoires a établi quelques caractères différentiels; mais dans d'autres cas, il a admis la confusion. Ainsi, il admet la paralysie générale spinale, qui se rapprocherait

ons beaucoup de rapports de la paralysie générale des aliénés; mais pour lui le caractère pathognomonique réside dans la contractilité électrique qui, dans la paralysie générale des aliénés est conservée, tandis qu'elle serait détruite par les autres paralysies spinales. Indépendamment de ces caractères, il y a d'autres distinctions que la clinique indique très-clairement. Les deux maladies n'ont pas la même marche, ni le même ensemble de symptômes. Quand on a étudié la paralysie générale dans les asiles d'aliénés, il est impossible de faire cette confusion, soit avec l'atrophie musculaire, soit avec l'ataxie locomotrice, soit avec la paralysie spinale de M. Duchenne. Ces maladies sont différentes de la paralysie générale des aliénés, telle que nous la connaissons; il y a quelques symptômes communs, mais au fond les deux maladies diffèrent essentiellement, et elles diffèrent également au point de vue des lésions, et les symptômes correspondent parfaitement aux différences des lésions. C'est donc une chose très-essentielle, pour l'étude de la paralysie générale, de bien établir le diagnostic différentiel, et on ne peut arriver à la description vraie, clinique, de la paralysie générale, qu'à la condition d'éliminer avec soin tous les faits qui ont été à tort confondus avec elle. On a fait une description qui

est un véritable caput mortuum, dans lequel on a réuni les faits les plus divers, et ce n'est qu'en éliminant tous les faits différents qu'on peut arriver à une description type et à mettre les symptômes observés pendant la vie en rapport avec les lésions trouvées après la mort. Ceux qui ont dit que l'autopsie n'apprenait rien dans la paralysie générale, que les paralytiques aliénés donnaient les lésions les plus différentes n'avaient pas commencé par établir le diagnostic différentiel, et c'est pour n'avoir pas établi la différence entre les faits, qu'ils sont arrivés à les confondre après la mort. Quand on opère ce départ de tous les cas analogues qui sont confondus avec la paralysie générale, on arrive au contraire à des lésions presque toujours les mêmes. L'anatomie pathologique sérieuse repose donc d'abord sur le diagnostic différentiel préalable; ce n'est qu'à la condition d'avoir fait dans les faits la séparation nécessaire pendant la vie qu'on peut trouver des lésions identiques après la mort.

Le pronostic de la paralysie générale est toujours grave; c'est une maladie qui est regardée comme incurable, au moins d'une manière générale.

Cependant, depuis les travaux de M. Baillarger, on admet qu'il y a certains cas où la guérison peut survenir, ou, du moins, une guérison apparente, et on cherche même à la provoquer par des moyens thérapeutiques ou par des moyens analogues à ceux que la nature emploie dans ces cas. M. Baillarger a attiré l'attention, avec raison, sur certaines guérisons spontanées de la paralysie générale à la suite de grandes suppurations, à la suite d'eschares, à la suite de furoncles, d'accidents intenses, même d'accidents traumatiques; il a collectionné un grand nombre d'observations, à la suite desquelles les paralytiques généraux ont paru entrer dans une voie de guérison. M. Baillarger a non-seulement attiré l'attention sur ce sujet dans ses ouvrages, mais il a même introduit cette question comme question de prix, prix Civrieux, à l'académie de médecine, sous ce titre de la curabilité de la paralysie générale dans son début, et des moyens à la favoriser. C'est une question qui a un grand intérêt au point de vue clinique. C'est pourquoi je vous la signale. Quoi qu'il en soit, le pronostic de la maladie est très-grave dans la plupart des cas, sinon dans tous, cette maladie marche presque fatalement vers la démence, l'incurabilité et la mort. La thérapeutique n'a donc qu'une

action très-restreinte dans une maladie de cette espèce. Cependant on a employé beaucoup de moyens, soit contre cette maladie elle-même, soit contre certains de ses symptômes. Autrefois, du temps de Broussais, Bayle, Calmeil, de la méthode physiologique, la saignée était en honneur; mais on y a renoncé; on admet que la saignée est plutôt nuisible qu'utile; ~~même~~; elle provoque une congestion séreuse à la place d'une congestion sanguine, et on observe que le malade marche plus rapidement vers l'aggravation de la maladie. Il n'en est pas de même des purgatifs et des révulsifs qu'on continue à employer; les cautères à la nuque, les sétons, les moxas, tous les révulsifs, même le tartre stibié en friction sur la tête ou sur le cou; tous les moyens ont été employés, et dans quelques cas, on a noté un arrêt dans la marche de la maladie ou une suspension. Cependant, en général, quand on applique ces moyens, on n'obtient aucun résultat certain. Il est difficile de savoir si l'arrêt dans la marche de la maladie, qui est très-inégale, est dû à l'évolution naturelle de la maladie, ou à l'action du remède; mais il en est de cela comme d'autres maladies; il ne faut pas se décourager, et

il faut employer certains moyens pour tâcher de ralentir la marche presque fatale de cette affection. Lorsque la maladie est plus avancée, on emploie souvent des moyens narcotiques, ou d'autres, pour calmer l'excitation, la digitale, la morphine, l'opium, le bromure de potassium, comme je le disais tout à l'heure; ces moyens sont utiles pour calmer certains symptômes et pour apaiser certaines excitations. Le bromure de potassium, comme je le disais a surtout une action importante dans ces cas d'agitation violente, automatique, de la paralysie générale. On a employé dans les mêmes cas la digitale qui a donné de bons résultats, en modérant l'action de la circulation du cœur et de la circulation cérébrale. Mais, indépendamment de ces moyens qui sont généralement employés, il y a quelques moyens spéciaux. On a conseillé l'iodure de potassium comme moyen spécial, et le bromure de potassium également à très-haute dose, non pas comme calmant, mais comme agissant directement sur la maladie elle-même, dans les cas où la maladie a une origine syphilitique. On a insisté sur l'iodure de potassium à très-haute dose, et dans

quelques cas, on peut avoir obtenu des résultats favorables; mais ces cas sont rares, et en général, on a employé l'iodure de potassium sans succès.

Il y a quelques moyens employés également contre les congestions, contre les accidents, les complications de la paralysie générale; dans les attaques convulsives et congestives, on a recours à la saignée, aux sangsues, aux révulsifs; mais dans la plupart des cas, ces accidents disparaissent d'eux-mêmes. Il est toujours bon de les combattre; mais, même quand on ne les combat pas dans la plupart des cas, le malade revient momentanément à une période quelquefois meilleure après la congestion qu'auparavant. Ces congestions sont quelquefois d'une violente intensité, à tel point que les malades paraissent morts. On les quitte dans le lit; on croit qu'ils sont à l'agonie, on croit qu'ils n'ont pas une heure à vivre, quelquefois même on les a crus morts, et au bout de peu de temps, ils se réveillent; ils se remettent à marcher, et le lendemain, on les retrouve au physique non-seulement aussi bien, mais quelquefois mieux qu'avant l'attaque. Il y a sous ce rapport des phénomènes qu'on retrouve

dans la marche de la paralysie générale au point de vue des attaques convulsives ou congestives. Il est donc difficile de déterminer si les moyens thérapeutiques qu'on a employés, comme les sangsues, les révulsifs, les saignées, ont été la cause de ces améliorations, puisque, dans les cas où on n'a pas employé ces moyens, la maladie a suivi la même marche, et l'attaque a guéri très-rapidement. La thérapeutique est donc jusqu'à présent peu efficace contre la paralysie générale; cependant, il faut faire ces réserves que je faisais tout à l'heure, qu'il serait possible que, dans la première période, dès le début, on put arriver à la curabilité de la maladie; il ne faut pas désespérer d'une manière absolue, et il est certain qu'en imitant les procédés de la nature, on pourrait peut-être arriver à la guérison, du moins pendant un temps très-prolongé, de même que dans la phthisie, on obtient la cicatrisation des cavernes, des tubercules, de même, dans le cerveau, on pourrait amener un arrêt de la lésion cérébrale. Ceci est d'autant plus admissible que cette lésion est souvent peu intense et peu étendue dans la première période de la maladie. Cela est évident quand on fait l'autopsie dans la première période de la maladie. On comprendrait qu'il y ait donc suspension

dans le travail pathologique, une cicatrisation des parties déjà atteintes; on comprendrait que les portions de substances cérébrales qui existent en grand nombre puissent suppléer les portions peu nombreuses qui ont été atteintes par la maladie. Il ne faut donc pas désespérer, ni au point de vue de la clinique, ni au point de vue travail anatomique) de la maladie, quoique aujourd'hui cette maladie semble incurable. Ce serait donc un beau sujet que celui du prix de l'académie de médecine, de l'étude des cas où la maladie se suspend par elle-même, et des moyens de curation qu'on pourrait trouver en cherchant à imiter les procédés de la nature.

Je termine ici, Messieurs, l'étude de la paralysie générale. J'ai été obligé de la faire trop rapidement, parce que le temps me presse; mais j'ai tenu surtout à vous montrer qu'elle était bien une maladie spéciale, distincte des autres formes de folie, qu'elle était caractérisée par un ensemble de phénomènes physiques et moraux, par des lésions spéciales, par une étiologie spéciale, par une marche particulière. C'est donc une forme de maladie mentale qui ne doit pas être avec les maladies du cerveau, ni avec les autres maladies mentales qui doit être étudiée cliniquement. Ce n'est là qu'un spécimen très-complet que nous a donné l'étude

de la Science moderne qui doit nous encourager au point de vue clinique dans l'étude de cette maladie. Ceci nous prouve qu'il doit exister d'autres formes pathologiques également distinctes, et que nous devons pousser nos études dans ce sens, et qu'au lieu de nous borner à la classification actuelle qui est provisoire, temporaire, basée sur des formes extérieures, apparentes, secondaires, nous devons chercher l'étude de formes naturelles, de formes distinctes ayant leurs symptômes, leur marche, et pouvant être séparées en maladies spéciales. C'est là le champ du progrès de la science et de la médecine mentale en particulier.

Je termine ici le cours de cette année. J'espère cependant que, pendant l'été, des circonstances pourront me permettre de faire un cours clinique à Bicêtre; je ne puis pas l'affirmer, mais enfin, je crois qu'il serait très utile de compléter l'enseignement théorique par un enseignement pratique sur les malades. Dans la pathologie mentale surtout, il serait indispensable de voir les aliénés, de les voir pratiquement, pour pouvoir comprendre le sens des leçons théoriques.

(Applaudissements).

